

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Mestrado em Ciências da Saúde

Railda Alves da Silva Carone

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM
DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

São Paulo

2016

Railda Alves Da Silva Carone

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM
DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade de Santo Amaro – UNISA como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Jane de Eston Armond.

São Paulo

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Alves da Silva Carone, Railda

A percepção dos usuários e profissionais de saúde quanto à humanização no cuidado dos pacientes com DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis / Railda Alves da Silva Carone. -- São Paulo , 2016
119 f.

Dissertação (Ciências da Saúde) - Universidade de Santo Amaro, 2016

Orientador(a): Profa. Dra. Jane De Eston Armond

1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2. PNH - Política Nacional de Humanização. 3. Hospitalização. 4. Políticas de Saúde.
5. Multidisciplinaridade. I. De Eston Armond, Profa. Dra. Jane, orient.
II. Universidade de Santo Amaro III. Título

Railda Alves da Silva Carone

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM
DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Orientador: Profª Dra. Jane de Eston Armond.

São Paulo, 29 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dra. Yara Juliano

Profº Dr. Fábio Augusto de Lucca

Conceito Final

Dedico este trabalho a todos os pacientes e profissionais da saúde que compõem as memórias do Hospital Geral do Grajaú, na certeza de que seus *Encontros* produziram mais do que ensino e assistência, pois do encontro constituímos o Desejo de colher os frutos do Cuidado Ampliado neste árido território de saúde – embora tenhamos apenas “duas mãos e o sentimento do mundo todo” (Drummond, 1940).

AGRADECIMENTOS

A história da humanidade aponta para a centralidade de deus no Teocentrismo e do homem no Humanismo, mas embora o homem tenha nomeado a centralidade, equivocou-se no sentido das coisas. Não há ideia mais relevante que um ser vivente e não há religião maior que Deus. A nossa geração é ainda mais perturbadora, fez do capital o centro da vida e cá estamos a desembaraçar esse raciocínio. Aprendemos a separar o sujeito do objeto, o conhecimento da ação e a teoria da prática, até perdemos a coerência e a lucidez das coisas.

Não posso esconder o fato de que o movimento para o conhecimento me é prazeroso, principalmente pelo seu percurso e não apenas pelo resultado em si. Portanto, nesta trajetória, agradeço a todos que suportaram (de dar suporte) a minha incerteza, ausência e presença. Agradeço a minha família e amigos, que de alguma forma me trouxeram até aqui, aos encontros interpelativos com meus companheiros de trabalho, inclusive da Clínica Médica, com os quais desenvolvo um trabalho vivo na perspectiva de transformar a realidade que me cerca.

Agradeço à Dra. Jocelene Pereira pelo apoio, sem o qual a minha jornada não seria possível, à Prof^a Dra. Jane de Eston Armond, à Prof^a Dra. Yara Juliano e a todo o corpo docente e discente pelo acolhimento respeitoso. Agradeço ainda ao Prof^o. Dr. Neil, o mestre mais doce e gentil que conheci e só por isso os números deram sentido ao meu trabalho.

O conhecimento acontece no momento em que o pensamento lógico do racionalismo e a experiência sensorial se encontram num processo dialético e dinâmico do pensamento, no qual essa dualidade coexiste. Essas duas visões se coespecificam uma à outra em um movimento de vaivém, superando a rigidez do pensamento cartesiano e pondo em evidência a relação constitutiva que existe entre o homem e seu ambiente, entre o sujeito (que conhece) e aquilo que é conhecido (objeto do conhecimento), entre o homem, seu corpo e experiência. (PIAGET, 1973)

RESUMO

Introdução: atualmente as DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis são um problema de saúde global, uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, desafiando o atual modelo de tratamento agudo que não tem conseguido atender às demandas advindas da complexidade da saúde. Desta forma, a humanização no âmbito da atenção às condições crônicas torna-se imprescindível no contexto de acompanhamento e de autocuidado apoiado, conforme proposto nas Políticas de Saúde. Objetivo: verificar a perspectiva dos usuários e profissionais de saúde quanto à humanização do cuidado dos pacientes internados com doenças crônicas não transmissíveis e levantar as características pessoais, socioeconômicas, habitacionais, composição familiar e de acesso à saúde. Método: foi realizado um estudo observacional, do tipo transversal, no Hospital Geral do Grajaú, um hospital público da Zona Sul de São Paulo (SP), no período de janeiro a maio de 2016, sendo a amostragem por conveniência com 124 indivíduos internados no setor da e 41 profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes. Conclusões: os pacientes são na sua maioria idosos, cor não branca, residentes no distrito do Grajaú, e apresentam demandas de saúde de alta complexidade. Determinantes sociais influenciam no processo de adoecimento da população e foi constatada a fragilidade na rede de apoio para a garantia do cuidado, baixa renda familiar, baixa escolaridade, baixo índice de beneficiários do Programa Transferência de Renda. Os fatores de risco para as doenças crônicas são aumentados devido à vulnerabilidade social dos pacientes. As principais comorbidades de saúde foram hipertensão e diabetes. Os principais motivos de internação foram as doenças cardiocirculatórias e do aparelho respiratório. Constatamos elevado número de pacientes sem seguimento ambulatorial e alto percentual de reinternações. O Hospital dispõe de dispositivos de humanização implantados: eles são percebidos positivamente pelos usuários da saúde. A complexidade do setor da clínica médica direciona a atenção dos profissionais para as condições crônicas, impactando na prática de arranjos potentes, não sistematizados, para o cuidado integral, apesar da sobrecarga de trabalho e fragilidade no exercício da multidisciplinaridade no processo do cuidado.

Palavras-chave: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Política Nacional de Humanização (PNH), Hospitalização, Políticas de Saúde, Multidisciplinaridade.

ABSTRACT

Introduction: Currently, Chronic Non-Communicable Diseases (NCD) are a global health problem, a threat to health and to human development, challenging the current model of acute care that has not been able to attend to the demands health complexity originates. Thus, humanization regarding the care of chronic conditions becomes indispensable in the context of monitoring and of supported self-care, according to Health Policies. **Objective:** to verify the perspective of users and health professionals regarding humanization of the care of inpatients suffering from chronic non-communicable diseases and to survey personal, socioeconomic, living, family composition and access to health characteristics. **Methods:** from January to May 2016, an observational study of the transversal survey type was performed, in Hospital Geral do Grajaú, a public hospital from a southern district of São Paulo-SP: the convenience sampling was 124 inpatients in medical clinic and 41 health professionals involved in those patients' care. **Conclusion:** most patients are elder, non-white, living in the Grajaú district; they present high complexity health care demands. Social determinants affect the process of the population becoming ill, and the fragility of network support regarding guarantee of care, low family income, low education level, low index of beneficiaries from Income Transfer Program was verified. Risk factors regarding chronic diseases are increased due to patients' social vulnerability. The main comorbidities were hypertension and diabetes. The main reasons for hospitalization were cardiovascular and respiratory diseases. A high number of patients without outpatient care and a high percentage of re-hospitalization were verified. The hospital has humanization devices, which are positively regarded by the users. The complexity of the medical clinic sector directs the professionals' attention to chronic conditions, impacting on the practice of powerful non-systematized arrangements for the full care of patients, despite work overload and the fragility in the exercise of multidisciplinary in the care process.

Keywords: Chronic non-communicable diseases, National Humanization Policy (PNH), Hospitalization, Health Policies, Multidisciplinary.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Práticas humanizadas desenvolvidas no Hospital Geral do Grajaú.....22

Quadro 2 - Produção do Hospital Geral do Grajaú.....29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice paulista de vulnerabilidade social.....	27
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.....	26
Figura 2 - Mapa dos distritos que o hospital é referência.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo, segundo a faixa etária e sexo no ano de 2016.....	47
Tabela 2 – Escolaridade de pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	49
Tabela 3 – Estudo do estado conjugal de pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	50
Tabela 4 – Resumo do perfil dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	50
Tabela 5 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, segundo quem faz e quem fez uso de tabaco por faixa etária.....	54
Tabela 6 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, que fazem uso de bebida alcoólica e os que realizam atividade física.....	55
Tabela 7 – Principal diagnóstico dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	56
Tabela 8 – Principais comorbidades apresentadas pelos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, nos grupos etários.....	57
Tabela 9 – Pacientes com histórico de reinternações e por faixa etária na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	58
Tabela 10 – Pacientes com histórico de uso de medicação contínua e dispensação na rede, internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	59
Tabela 11 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Direito ao Acesso Humanizado.....	61
Tabela 12 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Direitos à Atenção Organizada.....	63

Tabela 13 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes à importância do trabalho voluntário.....	65
Tabela 14 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes à importância da visita religiosa.....	67
Tabela 15 – Profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo, segundo a faixa etária e sexo no ano de 2016.....	69
Tabela 16 – Estado conjugal dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	69
Tabela 17 – Resumo do perfil dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	70
Tabela 18 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Organização da Atenção e Oferta do Cuidado.....	71
Tabela 19 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao Bloco - Organização da Atenção e Oferta do Cuidado na Rede Externa.....	75
Tabela 20 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Gestão Descentralizada e Participativa.....	75
Tabela 21 – Satisfação dos pacientes internados e profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016.....	80

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ACSC	Associação Congregação Santa Catarina
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico de Especialidade
BPC	Benefício da Prestação Continuada
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CROSS	Centro de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ILP	Instituições de Longa Permanência
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IRSSL	Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MS	Ministério da Saúde
NTH	Núcleo Técnico de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSEC	Organização Santamarense de Educação e Cultura
OSS	Organização Social de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família

PEH	Política Estadual de Humanização
PIH	Plano Institucional de Humanização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção da Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARE	Serviço de Assistência Religiosa
SAU	Serviço de Atendimento ao Usuário
SES	Secretaria Estadual da Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 Conhecendo o cenário da pesquisa.....	20
2.2 Conhecendo a vulnerabilidade da área de abrangência.....	25
2.3 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.....	30
2.4 O percurso da Política Nacional de Humanização (PNH).....	34
2.5 Um modelo de saúde humanizado em face das DCNT.....	36
2.6 A inclusão dos saberes para a construção do cuidado: academia e serviço.....	40
3 OBJETIVOS.....	43
3.1 Objetivo geral.....	43
3.2 Objetivos específicos.....	43
4 MÉTODO.....	44
4.1 Delineamento do estudo.....	44
4.2 População do estudo.....	42
4.3 Local de estudo.....	45
4.4 Coleta de dados.....	45
4.5 Pressupostos éticos.....	46
4.6 Análise de dados.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Análise e interpretação dos dados:	47
5.2 Resultados e discussão.....	47
5.2.1 Perfil dos pacientes internados.....	47
5.2.2 Percepção dos pacientes internados quanto aos direitos na saúde.....	60
5.2.3 Perfil dos profissionais que atuam na clínica médica.....	68
6 CONCLUSÃO.....	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84

REFERÊNCIAS.....	88
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	93
APÊNDICES.....	95
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Paciente.....	95
Apêndice B - Questionário do paciente.....	97
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido do profissional de Saúde.....	99
Apêndice D - Questionário do profissional de saúde.....	101
Apêndice E - Termo de Compromisso e Confiabilidade.....	103

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. As consequências destas doenças recaem nos países de baixa e média renda. Esta é uma preocupação mundial de cientistas renomados e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2011 a prevenção e controle das DCNT ganham a atenção da Organização das Nações Unidas (ONU) e 23 países, inclusive o Brasil, foram avaliados quanto à capacidade nacional de responder aos desafios impostos pelas doenças^{1,2,3}.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo do álcool, responsáveis em grande parte pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto. Portanto, as DCNT têm afetado as pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. A presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas a um maior estado de pobreza².

As DCNT são as principais causas de óbitos no mundo e têm causado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. Em 2008, das 57 milhões de mortes no mundo 63% ocorreram em razão de DCNT e cerca de 80% dos óbitos ocorreram em países de baixa ou média renda, nos quais 29% das pessoas têm menos de 60 anos de idade; nos países de alta renda, apenas 13% são mortes precoces^{2,3}.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma nova atenção à saúde a partir da concepção da saúde não apenas como ausência de doença, mas também como qualidade de vida^{4,5}.

Saúde é um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente, ou seja, é obra de complexa produção social, cujos resultados na qualidade de vida de uma sociedade estão relacionados às decisões sobre os determinantes sociais da saúde⁶.

A Humanização pressupõe a valorização dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores⁷ – envolvidos no processo de produção de saúde.

Como toda política, a Política Nacional de Humanização (PNH) é norteada por valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. A PNH opera com dispositivos entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”⁷, o que torna esta pesquisa relevante, pois a complexidade das demandas geradas pelas DCNT é contemplada no modelo de atenção proposto pela Política.

A humanização no âmbito da atenção às condições crônicas precisa inserir-se nesse contexto de acompanhamento e de autocuidado apoiado. Nesse sentido, a lógica do cuidado muda, faz-se necessária a ampliação do olhar sobre a doença, sobre a construção de diagnóstico e definição de terapêuticas de forma participativa, ou seja, sobre a clínica. As condições crônicas exigem um sistema integrado, corresponsabilidade na atuação sobre os fatores de risco e sobre as condições de saúde dos indivíduos e populações, combatendo a fragmentação do cuidado na soma dos saberes e tomada de decisão compartilhada^{7,8,9}.

Atualmente há uma tendência a que os hospitais assumam cada vez mais a responsabilidade por pacientes críticos e complexos, por diversos motivos, e são comuns as dificuldades para a desospitalização de pacientes com demandas de saúde que envolvem complexidade¹⁰.

Assim, é imprescindível saber de que forma o cuidado está organizado no ambiente hospitalar para atender às condições crônicas, se há práticas organizadas na perspectiva da humanização integrada em redes de cuidado, bem como a percepção dos usuários e profissionais de saúde neste processo, o que torna este projeto relevante para os serviços, profissionais e usuários da saúde por permitir um novo olhar sobre a clínica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conhecendo o cenário da pesquisa

O Hospital Geral do Grajaú foi inaugurado em 23 de outubro de 1998 e é fruto de uma série de lutas da população e de movimentos sociais em defesa da Saúde dos anos 1990. Sua construção foi possível graças à retomada de uma série de obras que haviam sido paralisadas em anos anteriores. Na época, o intuito do poder público era levar melhor cobertura hospitalar para a região sul da cidade de São Paulo, a qual dispunha de uma oferta bastante restrita de equipamentos públicos de saúde, sobretudo para atendimentos de maior complexidade¹¹.

Os líderes comunitários trabalharam por vinte anos para a construção do hospital e conquistaram a implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) na região. Os membros do movimento de saúde da região, dada sua importância histórica e social, são presentes na gestão do trabalho em saúde, no controle social e busca de melhorias na qualidade da assistência à saúde da população.

Localizado na Zona Sul de São Paulo, o Hospital Geral do Grajaú é um hospital de ensino público estadual de nível secundário, que atende a população do SUS das áreas geridas pelas subprefeituras de Capela do Socorro, Parelheiros e Marsilac. É precursor no modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), Lei Complementar n.º 846 de 04/06/1998, portanto esteve sob a administração da Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) até o ano de 2007.

O Hospital foi certificado como hospital de ensino por meio da Portaria Interministerial n.º 513 de 10/03/2006. Nesse sentido, firmou termos de cooperação com algumas instituições de ensino, objetivando conceder campo para o desenvolvimento de estágio curricular obrigatório, residência médica e atividades de especialização que permitem o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos em sala de aula¹¹.

No período de 2008 a 2011, o Hospital esteve sob responsabilidade da Associação Congregação Santa Catarina (ACSC). Em janeiro de 2012, o Instituto de

Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL) firmou contrato com o Governo do Estado de São Paulo.

O Hospital é reconhecido pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Em 2012, o hospital promoveu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de alunos, residentes e especializandos de um modo geral, beneficiando os cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia, além de residência médica em Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Medicina da Família e Comunidade, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Neonatologia¹¹.

Em 2015, passou a desenvolver o Programa de Residência Multidisciplinar nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Farmácia e em 2016 a área de Psicologia também foi inserida na residência.

Atualmente, o IRSSL trabalha com foco na área assistencial, por meio do gerenciamento de equipamentos públicos de saúde, e em 2016 foi reconhecido como Organização Social pela Prefeitura de São Paulo e pelo Governo do Estado de São Paulo, devido à aquisição do Título de Filantropia.

Desde 2006, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado de São Paulo, por meio do Núcleo Técnico de Humanização (NTH), apoiou prioritariamente a educação permanente nos serviços para os trabalhadores da saúde objetivando a disseminação e implantação dos dispositivos da PNH. Desta forma, foram ofertadas aos profissionais capacitações e oficinas de trabalho na perspectiva de se tornarem apoiadores da PNH nos cenários da prática de trabalho.

Nesse sentido, os programas com foco na humanização, como parto humanizado e alojamento conjunto, incentivo ao aleitamento materno, Rede Cegonha, ouvidoria, brinquedoteca, sistema de acompanhante, visita aberta, acolhimento com classificação de risco, foram ações implantadas e naturalmente inseridas na oferta do serviço hospitalar.

Quadro 1 - Práticas humanizadas desenvolvidas no Hospital Geral do Grajaú

Práticas	Descrição
Brinquedoteca	As atividades são planejadas por Projetos Temáticos em consonância com os parâmetros curriculares da Educação Infantil e temas transversais para dar oportunidade de distração e aprendizado às crianças no período de internação, garantindo um espaço educativo.
Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)	O SAU/Ouvidoria é o canal de escuta dos usuários da saúde para a garantia de seus direitos em todas as fases do atendimento e acolhe as manifestações pessoalmente, por meio de caixas de sugestões, e-mail e telefone. O trabalho é desenvolvido em parceria com os gestores e diretoria na busca das melhorias necessárias para atender às necessidades dos usuários. A aplicação e gestão da Pesquisa de Satisfação do Usuário no momento de alta hospitalar e a resolutividade de 80% das queixas da Ouvidoria estão entre as metas de Contrato de Gestão.
Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	O GTH é um dispositivo pelo qual os trabalhadores do Hospital podem intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde. É integrado por profissionais interessados em discutir os serviços prestados e tem um funcionamento dinâmico e ativo, tendo como tarefa a construção do Plano Institucional de Humanização (PIH) anual e o acompanhamento da implantação das ações.
Programa de Voluntariado	<p>O Programa de Voluntariado, implantado 2005, conta atualmente com 79 voluntários atuantes, inseridos no serviço por meio de processo seletivo, formação específica, assinatura do Termo de Adesão e reuniões de manutenção. Os voluntários atuam nos seguintes projetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantinho da Beleza: Este projeto tem por objetivo trabalhar a autoestima do paciente com internações de longa permanência na Clínica Médica e Cirúrgica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Música no Hospital: Cantores e instrumentistas realizam o acolhimento dos pacientes utilizando a linguagem musical, no intuito de trazer esperança e conforto aos pacientes. • Oficina Faça Arte: Atividades ocupacionais para pacientes e acompanhantes. • Turma do Amor: Atividades de recreação infantil direcionadas às crianças nas Clínicas Pediátrica e Cirúrgica. • Pintando o Sete: Voluntários atuam no Pronto-socorro Infantil visando acolher as crianças, pais e/ou responsáveis e dirimir a tensão em relação ao tempo de espera na alta demanda no Pronto-socorro Infantil (PSI) • Acompanhantes de Crianças: Cuidadoras capacitadas para substituir os pais e/ou responsáveis sem rede de apoio para resolver questões sociais e em casos emergenciais. • Comemorando o Aniversário: Os pacientes aniversariantes são abordados pela equipe de voluntários para a celebração solidária, com apoio da nutrição no fornecimento do bolo simbólico para todos e presente para as crianças. • Projeto Você Sabia?: Promove o fortalecimento da cidadania, divulgando informações sobre os horários de visita, direito ao acompanhante, canais de escuta do usuário e apoio nas orientações referentes ao aleitamento materno e cuidados com o bebê. • Serviço de Assistência Religiosa Ecumênica (SARE): Voluntários capacitados para acolhimento e visitação dos pacientes, no intuito de estimular o exercício da espiritualidade e fé.
<p>Parceria com Organizações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doutores da Alegria: Dupla de atores que utilizam a arte do palhaço para intervir junto às crianças,

Sociais	<p>adolescentes e outros públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canto Cidadão: São desenvolvidas atividades com palhaços visando ao entretenimento dos pacientes adultos. • Viva e Deixe Viver: Atividades de contação de histórias para as crianças internadas na Pediatria e Cirurgia Pediátrica.
Parceria com Escolas	<ul style="list-style-type: none"> • Palestras e Rodas de Conversa: As palestras são elaboradas por equipe interdisciplinar com seguintes os temas: Primeiro Socorros, Violência Doméstica contra a Criança e Adolescente, O papel da Família na Educação e Saúde das Crianças. Há ainda condução de Rodas de Terapia Comunitária.
Projeto Alta Amiga	<ul style="list-style-type: none"> • O projeto constitui-se na arrecadação e doação de roupas aos pacientes e familiares com necessidades sociais durante o processo de internação e para agilização da alta hospitalar.
Curso de Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Instituído em 2007, o curso é coordenado pelo Serviço Social e ministrado por equipe multidisciplinar, direcionado aos familiares de pacientes internados, cuidadores informais e profissionais de organizações sociais da região e já capacitou mais de seiscentos cuidadores.

Fonte: (HGG, 2016)

Quanto ao modelo de gestão, o Hospital tem como missão prestar assistência à população do extremo Sul da cidade de São Paulo, tendo como visão ser modelo reconhecido de hospital público sustentável na cidade de São Paulo, inserido na rede de serviço, com excelência na assistência, ensino e pesquisa. Seus valores são humanização, comprometimento, qualidade e segurança, aprendizado contínuo, transparência na gestão e responsabilidade social¹¹.

O Hospital encontra-se em processo de certificação do modelo de gestão Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) e o gerenciamento do equipamento de saúde contempla várias grupidades que acontecem por meio de comissões, grupos de trabalho e de estudos, reuniões sistematizadas do colegiado gestor, gerências e coordenações médicas.

A presença do movimento popular de saúde é praticamente diária: há uma equipe de visita organizada e participação em fórum para acompanhamento do serviço e produção hospitalar, juntamente com os gestores e diretorias.

Devido à complexidade da saúde, o Projeto Tecendo Redes, previsto pela Política Estadual de Humanização (PEH), também faz parte do modelo de gestão adotado e acontece em várias instâncias internas e externas. Nesse sentido, os gestores participam de fóruns de rede, envolvendo os equipamentos de saúde e da assistência social na busca de alternativas intersetoriais para as demandas de saúde da população deste extenso território municipal. Nos últimos cinco anos, o relacionamento com os equipamentos de saúde foi intensificado por meio das visitas semestrais planejadas pelos gestores do hospital às unidades de saúde do território.

2.2 Conhecendo a vulnerabilidade da área de abrangência

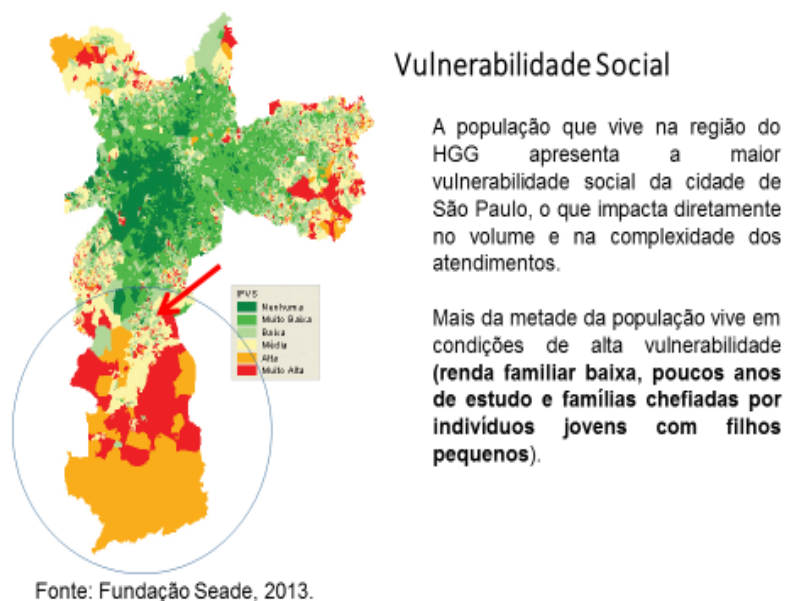
O Hospital Geral do Grajaú caracteriza-se, principalmente, pelo atendimento referenciado de pronto-socorro tanto adulto quanto infantil, recebendo pacientes portadores de traumas, ferimentos diversos e clínicas de alta complexidade. A atividade assistencial é integralmente coberta pelo SUS e dividida em três modalidades: atendimento hospitalar, atendimento de urgência e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)¹¹.

O Hospital oferece atendimento nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Otorrinolaringologia. Dispõe de UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Semi-Intensiva e Berçário¹¹. Atualmente, possui 268 leitos cadastrados, porém opera com 320 leitos, atuando sempre acima de sua

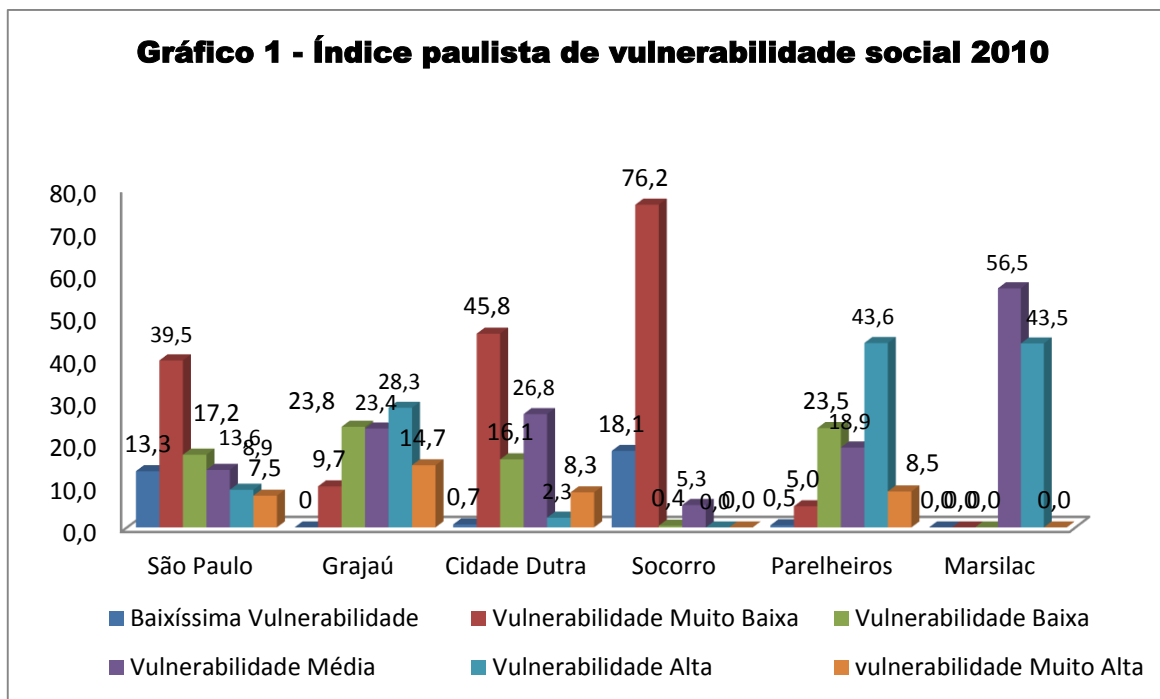
capacidade.

Este equipamento de saúde está localizado no distrito do Grajaú, identificado como uma região de alta vulnerabilidade social, pois apresenta a segunda pior renda do município de São Paulo, baixo nível de escolaridade, chefes de famílias jovens e presença significativa de crianças. Além disso, a região caracteriza-se por ser escassa de rede de equipamentos de saúde, lazer e cultura.¹²

Figura 1



Paralelamente, o distrito de Parelheiros também é identificado como uma região de vulnerabilidade muito alta, apresentando o pior nível de renda e escolaridade do município, concentração de famílias mais velhas e pequeno número de crianças¹².



Fonte: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/distritos/index.php?page=tabela>

A subprefeitura da Capela do Socorro é a mais populosa do município de São Paulo, com seus 696.941 habitantes. Destes, 65,5% pertencem ao distrito do Grajaú. A população usuária exclusivamente do SUS é estimada em 60,56%, acima da média do município de São Paulo (55,6%) (Socorro 47,6% e Grajaú 65,0%). A subprefeitura apresenta uma proporção (18%) de população abaixo de dez anos, superior à do município (16%), e 8% de população acima de sessenta anos, abaixo do município (12%). Portanto, trata-se de uma população mais jovem, característica esta que se acentua no distrito do Grajaú¹³.

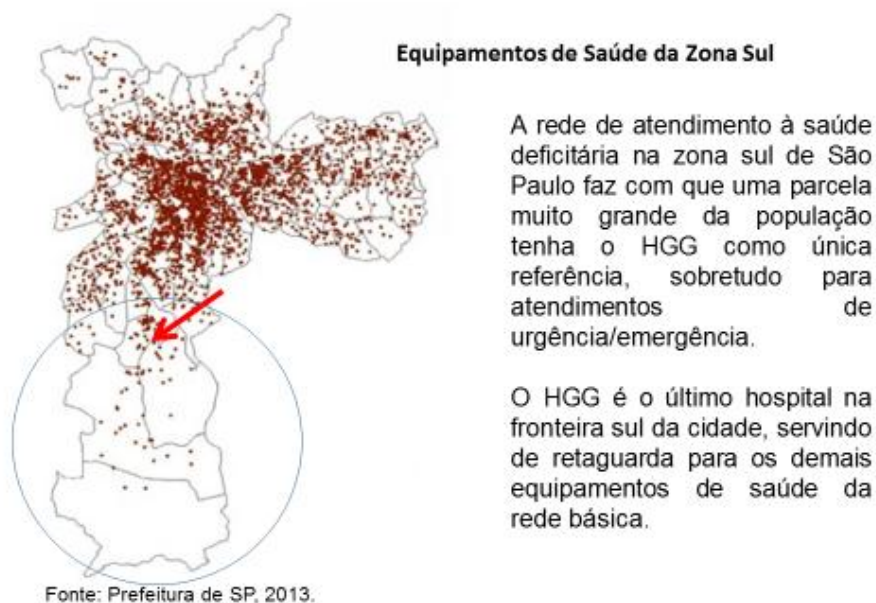
Os distritos de Parelheiros e Marsilac estão localizados no extremo sul da capital. São geridos pela subprefeitura de Parelheiros, abrangendo uma área de 360,6 km², representando quase que 25% dos 1.523,278 km² da cidade de São Paulo, com muitas nascentes de água que alimentam as represas Billings e Guarapiranga^{14,15}.

A totalidade de seu território está situada em área de proteção aos mananciais e a região compreende remanescentes importantes de Mata Atlântica. Sua rede hídrica contempla três bacias hidrográficas: Capivari, Guarapiranga e Billings¹⁵.

Na estrada da Barragem há duas aldeias indígenas, Pyau (Krucutu) e Tenondé Porá⁶, e todo o distrito de Marsilac encontra-se na zona rural, apresentando pequenos núcleos urbanos em desenvolvimento. Não tem serviços de saúde (leito hospitalar). O distrito encontra-se na última posição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de São Paulo no que se refere à oferta de serviços, qualidade de vida e desenvolvimento urbano¹⁴.

Devido ao perfil de alta vulnerabilidade, à escassez de serviços médicos e de prevenção à saúde no território, o Hospital acabou acolhendo os atendimentos de baixa e média complexidade desde a sua fundação. Atualmente, é referência para dois prontos-socorros, 34 UBS e um AMA, sendo quatro AMA/UBS integradas¹³.

Figura 2



O hospital abrange uma área física de 15.792m² distribuídos em seis andares. Seu corpo técnico conta com o trabalho de cerca de 1.800 colaboradores para a efetivação de sua produção, entre eles 27% prestadores de serviços¹¹.

Quadro 2 - Produção do Hospital Geral do Grajaú

Média de Atendimentos/Mês					
Ano	Atendimentos	Internações	Cirurgias	Partos	Óbitos
2008	24.922	1.348	458	171	98
2009	24.809	1.277	426	168	91
2010	22.821	1.307	443	169	96
2011	25.265	1.387	435	188	98
2012	26.337	1.405	444	221	109
2013	24.296	1.372	410	216	113
2014	23.791	1.403	417	205	99
2015	21.750	1.465	396	249	110
2016	13.451	1.547	445	232	120

Fonte: (SAME/HGG, 2016)

Até 2015, o Hospital tinha como meta de contrato de gestão 25.000 atendimentos por mês, porém 70% dos atendimentos eram identificados no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como demandas de saúde de baixa complexidade, podendo ser atendidas pelos serviços de AMA e UBS da região. No entanto, o Pronto-Socorro necessitou de uma reforma que exigiu a restrição temporária da porta de atendimento para os casos de baixa complexidade (clínica médica, cirúrgica e ortopedia), sendo garantido o atendimento de todas as urgências e emergências, bem como o atendimento da demanda espontânea na pediatria e ginecologia/obstetrícia.

Desta forma, no intuito de centrar forças no acolhimento das urgências e emergências e organizar o cuidado, o hospital efetivou a reforma nos consultórios médicos, recepção e acolhimento, promoveu a ampliação dos espaços de observação, a implantação de uma Sala Vermelha a ser utilizada para a admissão e estabilização dos pacientes graves e encaminhamento aos setores de emergência no choque e trauma.

Essa experiência foi possível devido à pactuação com a SES, equipamentos de saúde e movimento popular de saúde da região. De forma dialogada com os atores envolvidos, o Hospital realizou um movimento de reorganização do modelo de atenção, garantindo o atendimento das urgências e emergências, cumprindo assim a sua verdadeira vocação e finalidade.

Em 2016 mostrou-se possível a repactuação das metas de contrato para 13.000 atendimentos. Todos os pacientes foram acolhidos pela enfermagem, no ACCR, para priorização do atendimento pela urgência e emergência, e os pacientes com demandas de baixa complexidade foram direcionados às unidades de saúde da região, conforme a pactuação. Neste sentido, o hospital também passou a ofertar maior número de procedimentos cirúrgicos eletivos.

Desde a fundação, o Hospital já apresentava elevado número de atendimentos. O serviço era insuficiente para as demandas de saúde do território, uma vez que sempre foi a única referência para urgências e emergências, traumas graves, acidentes automobilísticos e situações de violência, sendo a maioria das internações por causas externas e doenças crônicas, agravadas pela ausência de hábitos de vida saudáveis e de tratamento adequado na rede de atenção à saúde.

Atualmente a complexidade da saúde exige dos serviços um reposicionamento na organização do cuidado que considere as necessidades em saúde dos pacientes. Até 2015, o histórico de produção do hospital manteve-se alto e as internações aumentaram mediante o fenômeno do envelhecimento e das doenças crônicas e escassez de serviços de saúde. Nessa perspectiva, as DCNT revelam as mudanças necessárias nos serviços de urgência e emergência do SUS e não apenas na atenção básica.

2.3 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil

Em 2007, cerca de 72% das mortes foram atribuídas às DCNT, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer, doenças renais e

outras, contrastando com estudos de 1930 em que tais doenças representavam 46% das mortes. Essas mudanças ocorreram em um contexto de desenvolvimento econômico e social no qual as condições de vida em geral trouxeram maior longevidade à população, aumentando a faixa etária de idosos. Dessa forma, uma impactante transição demográfica está em curso no país^{1,4}.

Fatores como o crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral incluindo os processados e a globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, aumentando assim a exposição da população cada vez mais ao risco de doenças crônicas¹.

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doenças do coração e acidente vascular encefálico) levaram a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco³.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008) no Brasil, 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas, e esses percentuais aumentam com a idade. O número de indivíduos com 65 anos ou mais que afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população^{1,3}.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS permite observar a ocorrência de cerca de 80% das internações hospitalares no país. As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) são as principais causas de internações e geram o maior custo nesse componente do sistema de saúde nacional^{1,3}.

O marco inicial para a construção do SUS é a Constituição Federal de 1988, na qual se institui a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Para o cumprimento deste dever, o SUS conta com ações de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. O princípio de integralidade considera que as pessoas têm o direito de ser atendidas no conjunto de suas necessidades e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Portanto, as ações desenvolvidas no SUS devem alcançar o âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde e a reabilitação⁴.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, representou um momento muito importante de participação política para a reforma sanitária brasileira e estabelece um conceito mais ampliado de saúde como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Antes de tudo, é a resultante das formas de organização social da produção que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida⁵.

O direito à saúde confunde-se com o direito à vida, pois ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido, possibilidade de lazer e informação. A saúde, portanto, é resultante de um conjunto de determinantes que o SUS deve considerar⁶.

Os determinantes distais são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em que as pessoas, suas famílias e as redes sociais estão inseridas, a forma como essa riqueza é distribuída. Os determinantes intermediários são representados pelas condições de vida e de trabalho, o acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de saúde e a forma como se organizam. E os determinantes proximais são aqueles relacionados às características dos indivíduos, que exercem influência sobre seu potencial, sua condição de saúde, idade, sexo, herança genética e suas relações, formais e informais, de confiança, de cooperação, de apoio nas famílias,

na vizinhança e nas redes de apoio, nas quais acontecem as decisões dos comportamentos e estilos de vida, determinados socialmente pela interação de todos os níveis aqui apresentados⁶.

Vários fatores interferem no processo saúde/doença: os fatores econômicos, como renda, emprego e a organização da produção interferem positiva ou negativamente sobre a saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas e a cultura tem grande influência sobre a saúde^{7,8,9}.

Para Cecilio¹⁶, a gestão do cuidado deve considerar cinco dimensões: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. A dimensão mais nuclear do cuidado é a individual, que se refere a como o homem cuida de si mesmo. Porém, apesar de haver um conjunto de forças e condições concretas de vida, é possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas – isso se traduziria na conquista de graus ampliados de autonomia.

A dimensão familiar está presente na história dos indivíduos; na saúde tem sido, crescentemente, colonizada por certas lógicas institucionais, em particular na operacionalização de programas de desospitalização e de atendimento domiciliar. Como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas em saúde¹⁶.

No encontro com o paciente dá-se a dimensão profissional, no âmbito privado das organizações, no qual são constituídas as normas, fluxos, protocolos e gestão dos processos de trabalho. Portanto, a dimensão profissional é regida por três elementos: a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, a postura ética do profissional em fazer o melhor mesmo em situação adversa e a sua capacidade de construir vínculos¹⁶.

A dimensão sistêmica do cuidado refere-se à construção das conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da efetivação da integralidade do cuidado no SUS, e a dimensão societária diz respeito a como se produzem as políticas públicas e como é pensado o papel do Estado¹⁶.

Nesta perspectiva, os problemas em saúde não podem ser analisados isoladamente dessas dimensões, pois elas revelam aspectos importantes do processo de produção de saúde/doença, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

2.4 O percurso da Política Nacional de Humanização (PNH)

No Brasil, onde o estado de bem-estar social não foi experimentado, a relação entre as políticas públicas e o Estado, no seu papel regulamentador, não pode ser desconsiderada. O movimento sanitário foi de suma importância, em suas articulações com outros movimentos sociais nas décadas de 1960, 1970 e 1980, na indução à reconfiguração do padrão de intervenção estatal brasileiro na saúde e no campo dos direitos humanos, repercutindo na construção do SUS e na promulgação da Constituinte de 1988⁸.

De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador¹⁷.

Em 2003, intensifica-se essa aposta e o tema da humanização da atenção e gestão do SUS deixa de estar limitado a programas que incluem vários projetos importantes, tais como o Parto Humanizado e o Humanização da Atenção Hospitalar. A constituição de uma PNH teve por intenção uma política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde (MS), buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde¹⁷.

No percurso da humanização, há os que a compreendem como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nesse sentido, podemos ainda compreender a humanização como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma

escuta sensível e uma ação ética. Nessas acepções, a humanização circunscreve-se, prioritariamente, no domínio das relações interpessoais^{7,17}.

A humanização também é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores, e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Neste eixo, as ações de humanização dizem respeito às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde, à presença do acompanhante nas consultas e internação, à capacitação/formação dos profissionais de saúde, às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, como atividades comemorativas, e à contratação de maior número de profissionais, entre outras⁷.

Outros sentidos para a humanização também são evocados, como acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS e valorização do trabalhador, dentre outros.

Atualmente o problema da humanização na saúde implica a produção de outras formas de relação entre os sujeitos que constroem os cotidianos dos estabelecimentos de saúde e sua capacidade de transformar os processos de trabalho e nesse processo se transformarem, de forma cogerida. A humanização do SUS é afirmar um exercício ético que se faz por um método de tríplice inclusão: dos sujeitos, dos coletivos e dos analisadores sociais expressos nas crises¹⁷.

A PNH é uma política transversal que indica a inseparabilidade entre gestão e atenção. Entende-se que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser reduzida à sua dimensão gerencial-administrativa separada das práticas de cuidado, ou seja, não pode se identificar com uma lógica gerencial marcada pelos valores de mercado. Apostar na inseparabilidade entre atenção e gestão é propor a transversalização destes domínios, frequentemente tomados como distintos e separados – de um lado as práticas de cuidado e, de outro, as de gestão^{7,17}.

2.5 Um modelo de saúde humanizado em face das DCNT

Num país caracterizado por desigualdades sociais, o acesso aos serviços e aos bens de saúde permanece com várias lacunas, entre elas a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente dos trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários. Nos serviços de saúde também se constata o despreparo em lidar com as dimensões subjetivas que toda prática de saúde supõe e destaca-se a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho^{7,8,18}.

A PNH tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder^{18,19}.

Nesse sentido, a PNH propõe a mudança de modelo a partir do repensar da clínica. A clínica precisa ser muito mais do que uma prescrição ou solicitação de um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias, os pacientes refratários e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença^{19,18}.

Os hospitais não são imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial, e essa fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho por meio da excessiva especialização profissional. Nesse sentido, tornou-se mais fácil a responsabilização por procedimentos e diagnósticos do que por pessoas^{10,18}.

A complexidade da clínica em alguns momentos provoca a sensação de desamparo no profissional, que não sabe como lidar com as demandas apresentadas. O reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento

da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Esse compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial quanto no sentido dos usuários¹⁸.

Para Foucault, a medicina exercita o controle cada vez mais refinado sobre a vida, e o que podemos constatar é que a racionalidade médica para a abordagem dos problemas de ordem socioeconômica e cultural mostra-se na culpabilização estabelecida na relação médico-paciente. O termo “medicalização”, que surgiu no final da década de 1960 para referir-se à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, é de grande relevância nos estudos críticos no campo da sociologia da saúde. Porém, para o autor, o processo de desmedicalização é um ato de resistência inerente ao indivíduo e a qualquer relação de poder, resistência essa que é a mola propulsora da subjetividade²⁰.

Várias estratégias podem ser adotadas para o enfrentamento da medicalização. A atuação da equipe multidisciplinar, a construção de vínculos solidários e da responsabilização auxiliam na resolutividade dos casos. Dessa forma, a PNH apresenta o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um arranjo, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo que propõe uma reflexão da inclusão da vulnerabilidade no diagnóstico a partir de cinco fases: diagnóstico, metas e objetivos, coordenação, pactuação e avaliação do processo^{7,21,22}.

No âmbito hospitalar, algumas vertentes teórico-operacionais predominam na organização dos serviços e do cuidado, sendo a tecnocrata e gerencial influenciada pela qualidade total. Nesse sentido, há um cuidado com a avaliação dos resultados e gestão com base em evidência e satisfação do cliente, buscando-se os métodos de padronização de procedimentos para aumentar a produtividade e a eficiência, sendo os métodos de acreditação efetivados com foco na produção. Outra vertente desenvolveu-se a partir dos Estados Unidos, onde se originou uma escola genericamente denominada *managed care*, centralmente voltada para diminuir a autonomia do médico e de outros profissionais de saúde mediante a adoção de protocolos e de sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação médico-paciente^{18,22}.

O contexto de saúde passa ainda pelo modelo médico hegemônico, aquele que se desenvolveu a partir do Relatório Flexner nos EUA em 1910, numa ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana formou-se hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico^{18,22}.

Nesta perspectiva, o hospital funciona segundo o modelo biomédico que separa o corpo da psique e divide o corpo em especialidades, aplicando procedimentos padronizados e iguais para todos. Porém, na atenção básica, porta de entrada da saúde, existe um sujeito complexo permeável a toda sorte de influências externas e internas, apresentando suas demandas e seus desejos e exigindo um tratamento diferenciado¹⁷.

O imaginário social do hospital está ligado à doença grave e à morte, enquanto na atenção básica impera a prevenção, a promoção da saúde e a vontade de viver. O tempo das relações terapêuticas no hospital é curto, intensivo e artificial, enquanto o tratamento da unidade básica caracteriza-se por tempos longos, distendidos e inseridos no cotidiano. O hospital move-se num ambiente artificial em relação à vida diária, adequado para o tratamento de eventos agudos, enquanto a atenção básica tem maior proximidade com a materialidade do cotidiano da vida, necessária para uma atenção das condições crônicas^{8,17}.

Quando problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona, por ser episódico, e não pode ser adotado como um tratamento longitudinal dos problemas de saúde ao longo da vida. Por isso é imprescindível mudar radicalmente essa lógica, construindo um sistema que além de responder a eventos agudos, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, atuando sobre determinantes e fatores de risco e sobre as condições de saúde da população. Isso exige um sistema integrado em rede para responder às condições agudas e crônicas, superando um sistema fragmentado voltado para a atenção de condições e eventos agudos^{17,24,25}.

A necessidade de um sistema integrado para atender longitudinalmente às condições crônicas exige repensar o atendimento clínico e a própria ferramenta do

acolhimento e do vínculo como bases da humanização, pois para esses adoecidos, a cronicidade da doença torna-se uma experiência biográfica. Como essa nova clínica, própria de um sistema integrado, não se identifica com procedimentos e ações isoladas, mas com práticas em rede, tem-se a exigência de uma gestão conectada dessa clínica e, nesse sentido, uma humanização em rede, o que significa cuidar de alguém com foco em seu itinerário de vida e em suas necessidades de saúde provocadas pelas condições crônicas, não apenas por seus eventos agudos, tendo presente nessas práticas a perspectiva da humanização integrada em redes de cuidado^{17,26}.

A humanização no âmbito da atenção às condições crônicas precisa inserir-se nesse contexto, pois a forma como as pessoas reagem frente às condições crônicas depende do modo como elas lidam e convivem com as restrições que lhes são impostas, como conjugam essas restrições com a busca de relações nas suas redes de sociabilidade para que não se isolem e não façam dessas condições o foco de suas vidas. Essa é a proposta da clínica ampliada, na atenção básica, formulada por Campos, que não se identifica simplesmente com a clínica de procedimentos padronizados do hospital, mas que necessita incluir necessariamente a clínica do sujeito^{10,18}.

2.6 A inclusão dos saberes para a construção do cuidado: academia e serviço

Segundo Morin²⁷, o ser humano é complexo e requer múltiplos saberes para a sua compreensão, portanto existe uma inadequação profunda entre os saberes desunidos, compartimentados, e as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários.

[...] o ser humano é um ser racional e irracional, capaz de medida e desmedida; sujeitos de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe também conhecer com objetividade; é sério e calculista, mas também ansioso, angustiado, gozador, ébrio, extático; é um ser de violência e de ternura, de amor e de ódio; é um ser invadido pelo imaginário e pode reconhecer o real, que é consciente da morte, mas que não pode crer nela.

O ser humano secreta o mito e a magia, mas também a ciência e a filosofia; que é possuído pelos deuses e pelas ideias, mas que duvida dos deuses e critica as ideias; nutre-se dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões e quimeras [...].²⁷

O conhecimento pertinente deve reconhecer o caráter multidimensional do ser humano e da sociedade, pois o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional, e não se pode isolar as partes do todo. O conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade, pois o termo *complexus* significa o que foi tecido junto: elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e nesta perspectiva a educação deve promover a Inteligência Geral, favorecendo a aptidão natural da mente em formular e resolver problemas essenciais e de forma correlata^{27,28}.

Trabalhar com o pensamento complexo implica, portanto, desafios significativos para os responsáveis pela educação dos profissionais da saúde. A hiperespecialização surgiu com a disjunção das disciplinas científicas chamadas ciências mães, a educação e a filosofia; assim novas especialidades e subdisciplinas hiperespecializadas emergiram no campo científico, principalmente naqueles relativos à vida humana e no campo médico²⁸.

A hiperespecialização tornou-se um fenômeno agudo, no século XIX, com o advento do positivismo e do avanço tecnológico. A divisão do conhecimento contribuiu para a divisão do trabalho no modo capitalista de produção, na sua essência diferenciando a organização e distribuição de tarefas, ofícios e especialidades realizadas pelas antigas sociedades. Numa visão industrial, o homem usa a sua inteligência para fragmentar o complexo mundo em pedaços, atrofiando as possibilidades de compreensão e reflexão sobre a realidade²⁹.

A fragmentação do conhecimento teve início por uma ilusão, que ocorreu a partir da separação entre o sujeito e objeto, ou seja, o sujeito que aprende do objeto a ser conhecido. Conhecer é modificar, transformar o objeto, compreender o processo dessa transformação e, conseqüentemente, compreender o modo como o objeto é construído. Uma operação é, assim, a essência do conhecimento. É uma ação interiorizada que modifica o objeto do conhecimento^{27,28}.

A interdisciplinaridade na perspectiva piagetiana trata de um nível de associação entre disciplinas em que a cooperação provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade no intercâmbio e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos. Todos esses esforços de cruzamento interdisciplinar são movidos por uma força holística, que busca reintegrar sujeito e objeto dissociados pela mente humana. Um estágio superior dessas relações interdisciplinares é denominado transdisciplinaridade^{28,29}.

A visão transdisciplinar é resolutamente aberta na medida em que ela ultrapassa o campo das ciências exatas, devido a seu diálogo e sua reconciliação não somente com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual²⁹.

A humanização propõe a transversalidade, incluir os diferentes saberes, atores, contextos, coletivos e considerar as suas conexões que indicam os caminhos para o cuidado, diz respeito a novos homens em interação e coconstrutores para novas práticas de saúde em defesa da vida³⁰.

Essa visão põe-se como um desafio para a academia e serviços de saúde, na busca da produção de sujeitos protagonistas e autônomos. Para isso, faz-se necessária a discussão de questões que envolvam a integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação dos profissionais de saúde.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços³¹.

Vários são os conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos, uma vez que a universidade está no serviço e precisa considerar os trabalhadores que lá estão. Geralmente os objetivos acadêmicos estão definidos *a priori* e não podem se afastar da estrutura já estabelecida, e na prática não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do

estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente³¹.

Para os acadêmicos, também se torna difícil atuar entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do trabalho da instituição formadora, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos³¹.

Para Freire³², “tal desarticulação entre teoria e prática suscita a reflexão crítica de que a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria pode ir virando falácia, e a prática, ativismo”.

Não há como negar que os problemas em saúde são geralmente complexos, multicausais e não estruturados; é difícil numerar as variáveis envolvidas e encontrar soluções conhecidas. Assim, os problemas em saúde demandam uma rede explicativa para sua melhor compreensão, que requer o olhar de todos os atores envolvidos no cuidado³³.

O termo de parceria entre a academia e o serviço deve contemplar a negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Além disso, em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde. É necessário criar mais espaços para a interlocução dos cursos, serviços, gestores e, principalmente, usuários³¹.

Avançar para a constituição do trabalho multidisciplinar, no seu sentido amplo, no intuito de promover o cuidado integral, é um desafio para o serviço e para a academia, uma vez que nenhuma disciplina isoladamente poderá responder a tal desafio.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar a perspectiva dos usuários e profissionais de saúde quanto à humanização do cuidado dos pacientes internados com doenças crônicas não transmissíveis.

3.2 Objetivos específicos

Em relação aos usuários da saúde:

- Verificar características pessoais e socioeconômicas, percepção sobre a sua saúde, satisfação em relação ao serviço prestado e percepção sobre a humanização da assistência oferecida.

Em relação aos profissionais de saúde:

- Verificar características pessoais, percepção em relação à humanização da assistência oferecida e satisfação em relação ao trabalho desenvolvido.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo é de delineamento observacional do tipo *transversal survey*.

4.2 População do estudo

O presente estudo ocorreu por amostragem de conveniência, contemplando os pacientes com DCNT hospitalizados na enfermaria da clínica médica de um hospital público da Zona Sul de São Paulo (SP) e a equipe assistencial responsável pelo cuidado deles, no período de 1º de janeiro 2016 a 31 de maio de 2016, após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética.

A amostra foi dividida em dois grupos. O Grupo I foi composto por 124 pacientes com DCNT, com idade igual ou maior a 18 anos, internados na enfermaria da clínica médica por no mínimo três dias e que apresentavam estabilidade no quadro clínico, conscientes, orientados e verbalizando.

A maioria foi estabelecida como critério, uma vez que os menores de idade dependem da autorização dos pais e/ou responsáveis legais. O critério de inclusão dos pacientes com permanência mínima de três dias de internação na clínica médica objetivou garantir a compreensão dos pacientes quanto ao funcionamento do setor, haja vista que eles são internados inicialmente pelo pronto-socorro, que possui um funcionamento muito distinto.

Foram excluídos deste estudo os pacientes internados nas demais unidades de internação e aqueles que, mesmo estando dentro dos critérios de inclusão, não desejaram participar da pesquisa.

O Grupo II deste estudo foi composto por 41 profissionais da saúde que atuam na assistência dos pacientes da enfermaria da clínica médica e que aceitaram participar da pesquisa.

4.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Geral do Grajaú, um hospital estadual de nível secundário, localizado no extremo sul da Zona Sul da cidade de São Paulo, caracterizado como hospital de ensino, que atende a população do SUS.

Por tratar-se de um território que enfrenta escassez de serviços de saúde da rede básica de saúde e de urgência e emergência, o hospital recebe um elevado número de pacientes com DCNT, atendendo em média 14.000 pacientes por mês que resultam numa média de 1.400 internações.

A rede deficitária de atendimento à saúde na zona sul de São Paulo faz com que uma parcela muito grande da população tenha o hospital como única referência, sobretudo para atendimentos de urgência/emergência, servindo de retaguarda para todos os demais equipamentos de saúde da rede básica.

4.4 Coleta de dados

Para conhecer o perfil do paciente internado na enfermaria da clínica médica desse serviço foi realizada uma entrevista semiestruturada, por meio de um questionário elaborado pela pesquisadora. As questões foram pautadas nas diretrizes e dispositivos da PNH⁷ e com base no manual de monitoramento de indicadores de humanização nos serviços de saúde³⁴.

No Grupo I, o questionário foi aplicado a 124 pacientes após leitura e assinatura da Carta de Informação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), composto de seis blocos temáticos: dados pessoais, socioeconômicos, saúde, direito ao acesso organizado e direito à atenção organizada e satisfação (Apêndice B).

No Grupo II, o questionário foi aplicado a 41 profissionais de saúde após a leitura e assinatura da Carta de Informação e do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice C), composto de seis blocos temáticos: dados pessoais, organização da atenção e oferta do cuidado, ampliação do acesso, cuidado integral e resolutivo, gestão descentralizada e participativa e satisfação (Apêndice D).

4.5 Pressupostos éticos

O projeto foi submetido aos comitês de ética em pesquisa da Universidade Santo Amaro (Unisa) e de um Hospital da região Sul de São Paulo (SP) via plataforma Brasil para autorização de execução da coleta no campo de pesquisa, obtendo parecer favorável com o nº 49411615.5.0000.0081.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices A e C) foi assinado pelos indivíduos, pacientes e profissionais de saúde. Um Termo de Compromisso e Confiabilidade foi assinado pela pesquisadora (Apêndice E).

4.6 Análise dos dados

Para análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes estatísticos:

- 1) Teste do Qui-quadrado ou Teste exato de Fisher³⁵ com a finalidade de estudar possíveis associações entre as variáveis.
- 2) Teste de G de Cochran³⁵ para estudar os blocos de questões temáticas respondidas por pacientes e profissionais de sexo feminino e sexo masculino.

Em todos os testes, o nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5% quanto ao nível de rejeição da hipótese de nulidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise e interpretação de dados

O trabalho em saúde é influenciado por muitas correntes teóricas, porém podemos destacar a biomédico, a social e a psicológico. Em cada um destes enfoques valorizam-se problemas e soluções de forma excludente⁷. Nesta pesquisa, analisaremos o perfil dos pacientes internados considerando a proposta da clínica ampliada, em que é possível não negar a diversidade de olhares e as possibilidades de intervenção que cada enfoque carrega.

O perfil dos pacientes encontrados nesta pesquisa revela mais que as doenças nos discursos e prontuários. As situações encontradas, como modo de vida, relações sociais, condição econômica e de acesso à serviços, entre outras, mostram que o diagnóstico não pode ser o único ponto a ser considerado para a definição do tratamento de uma pessoa. Na admissão hospitalar, o que os pacientes têm em comum é a sua doença, mas o que os pacientes revelam de diferente e singular, muitas vezes, é o que interfere no desenvolvimento da doença. Por isso, esta pesquisa propõe conhecer o contexto real em que a doença se manifesta.

5.2 Resultados e discussão

5.2.1 Perfil dos pacientes internados

Tabela 1 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo, segundo a faixa etária e sexo no ano de 2016

FAIXA ETÁRIA	FEMININO N	MASCULINO N	TOTAL N	% FEM
18-30 anos	3	4	7	42,9
31-60 anos	31	35	66	47
Mais de 61	24	27	51	47
TOTAL	58	66	124	46,7

Teste Qui-quadrado

$X^2 = 0,05$ ($p=0,9561$)

O teste do Qui-quadrado mostrou que não há significância estatística em relação ao sexo e à faixa etária. Dados do Data Sistema Único de Saúde (DATA/SUS)³¹ revelam o número de internações por sexo: 58,84% correspondem ao sexo feminino e 42,15% ao sexo masculino³⁶.

A pesquisa apontou que na unidade de internação da clínica médica, 53,23% da população corresponde à faixa etária de 31 a 60 anos, que somada a 5,64%, que estão na faixa etária de 18-30 anos representa a população economicamente ativa. Em 2015, as internações nos serviços públicos, segundo o município de São Paulo, ocorreram em maior número entre jovens e adultos, na faixa etária de 20 a 49 anos (35,49%)³⁶.

No grupo com mais de 61 anos, encontrou-se 41,13% da população internada, número elevado em relação ao total de internações no SUS no município de São Paulo que foi de 24,36%. O agravamento desta questão reside na compensação de quadros crônicos, normalmente de pacientes com idade mais avançada e múltiplas morbidades, além de abrigar quadros agudos de urgência/emergência¹³.

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. Essa mudança faz-se de forma acelerada e, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus. Tais transformações trazem desafios para todos os setores, e o aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT³.

Tabela 2 – Escolaridade de pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

Escolaridade	N	%
Sem escolaridade e Fundamental 1 Incompleto	56	45.2
Fundamental 1 completo e Fundamental 2 incompleto	33	26.6
Fundamental 2 completo e Ensino Médio incompleto	23	18.6
Ensino Médio completo, Curso técnico e Superior incompleto	8	6.4
Superior completo	2	1.6
Pós-graduação	2	1.6
Total geral	124	100

Na educação constatou-se que 45,2% dos pacientes não têm escolaridade ou têm o Ensino Fundamental 1 incompleto, seguido de 26,6% que têm o Ensino Fundamental 1 completo e o Fundamental 2 incompleto; 18,6% têm o Ensino Fundamental 2 completo e Ensino Médio incompleto; 6,4% cursaram o Ensino Médio completo e Superior incompleto; 1,6% concluíram o Ensino Superior e 1,6% a Pós-graduação.

Os pacientes internados na clínica médica apresentaram baixa escolaridade: 71,8% não têm estudo ou cursaram apenas o Ensino Fundamental 1 completo, considerando ainda que 41,1% dos pacientes são idosos e sem acesso à escolarização.

Esses dados são condizentes com os da Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Capela do Socorro, que revelam que a maior parcela da população tinha o Fundamental 1 completo e o Fundamental 2 incompleto (25,7%). Em São Paulo esse percentual é 22% e não se diferencia muito dos encontrados nos outros graus de instrução (todos na casa dos 20%), à exceção daqueles com Ensino Superior completo (apenas 6,5%)³. A baixa escolaridade é mais presente no Grajaú; quando se olha para os graus de instrução mais elevados, a melhor situação encontrava-se no Distrito de Socorro¹³.

Tabela 3 – Estudo do estado conjugal de pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

FAIXA ETÁRIA	COM COMPANHEIRO N	SEM COMPANHEIRO N	TOTAL N	% COM COMPANHEIRO
18-30 anos	4	3	7	57,1
31-60 anos	31	35	66	47,0
Mais de 61	26	25	51	51,0
TOTAL	61	63	124	49,2

Teste Qui-quadrado

$X^2 = 0,56$ ($p = 0,7576$)

Em referência aos indivíduos que vivem com companheiro, no teste Qui-quadrado não houve diferença significativa entre as faixas etárias.

Quanto ao estado conjugal, 49,2% dos pacientes vivem com companheiros. Na faixa etária de 31 a 60 anos, observa-se que 47% dos pacientes possuem companheiro e na faixa etária com mais de 61 anos, 51% também possuem companheiros. Este é um dado relevante para o cuidado e no que diz respeito à desospitalização, principalmente no caso dos idosos.

Tabela 4 – Resumo do perfil dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

PERFIL DOS PACIENTES	N	%
Cor não branca	67	54
Origem do Sudeste – SP	45	36.2
Residência locada no território do HGG	120	96.7
Sem casa própria	47	37.9
Composição familiar de 1 a 3 pessoas	75	60.5
De 2 a 4 filhos	57	46
Sem escolaridade e Ensino Fundamental incompleto	56	45.1
População que trabalha	49	39.5
Renda até dois salários mínimos	80	64.5
Recebe benefícios	23	18.5
Aposentados	31	25

Entre os pacientes internados, 54% referem ser de cor parda ou negra e 46% declaram-se brancos. Os negros representam 45% da população brasileira, mas correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza³⁷.

Nos dados correspondentes às internações no SUS, com relação à variável cor/raça, as pessoas que se declararam pretas, pardas, amarelas ou indígenas representam 51,6% do total². Segundo os dados preliminares do Censo 2010 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira chegou a 190,7 milhões de pessoas. No total, 91.051.646 habitantes declararam-se brancos, enquanto outros 99.697.545 disseram ser pretos, pardos, amarelos ou indígenas³⁸.

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade³⁷.

No Hospital Geral do Grajaú, 51,6% dos pacientes internados na Clínica Médica têm origem do Sudeste, sendo 39,29% especificamente de São Paulo. Observa-se que mais de 42,74% dos pacientes migraram do Nordeste.

A pesquisa aponta que 97% dos pacientes atendidos na clínica médica residem no território de abrangência do Hospital: 50% pertencem ao bairro do Grajaú, 24% à Capela do Socorro, 23% a Parelheiros e Marcilac e somente 3% pertencem a outros distritos da região Sul de São Paulo.

Os distritos administrativos que compõem a Supervisão apresentam proporções de população usuária do SUS diferenciadas: Socorro com 47,7%, Cidade Dutra com 53,7% e Grajaú com 65,0%. Este último distrito apresenta a maior população exclusivamente usuária do SUS, em números absolutos, entre os demais distritos do município¹³.

A pesquisa aponta que 37,90% dos pacientes internados não possuem casa própria. Destes, 14,52% residem em casa alugada, 13,71% em casa cedida e 9,67% referem morar em terreno invadido. Em sua maioria, 97,58%, referem construções de alvenaria e ainda encontramos características indesejáveis quanto às condições

de habitação: 0,79% não possuem luz elétrica, 4,84% não contam com água potável, 3,42% não têm coleta de lixo e 9,68% não têm esgoto fechado – o esgoto a céu aberto em algumas áreas do território é a maior preocupação do movimento popular de saúde.

Segundo a STS, estima-se que dos habitantes que residem nas 121 favelas existentes no local, 72,7% são do Grajaú; 15,5% são da Capela do Socorro e apenas 2,8% da região do Socorro¹³.

A composição das famílias vem apresentando mudanças ao longo dos últimos anos e 60,48% dos pacientes internados na clínica médica do Hospital Geral do Grajaú fazem parte de uma composição familiar de uma a três pessoas, 37,10% de quatro a sete pessoas e apenas 2,42% têm família com mais de oito pessoas. Observa-se ainda que 40,32% das famílias residem em casas de um a três cômodos.

Quanto à filiação, identificamos que 12,90% dos pacientes não têm filhos e 16,13% têm apenas um único filho, 45,97% possuem de dois a quatro filhos, 17,74% de cinco a sete filhos e 7,26% declaram mais de oito filhos.

No Brasil, além da tendência à diminuição nas taxas de fecundidade para o nível de reposição (2,1 filhos por mulher em 2002), o número médio de filhos dependentes também apresentou retração, passando de 1,2 em 1992 para menos de 1 em 2005³⁹.

Considerando que mais de 50,8% dos pacientes pesquisados não possuem companheiros, torna-se relevante o percentual de 29,03% sem ou com apenas um único filho, uma vez que o cuidado do paciente após a alta hospitalar requer um forte movimento de organização familiar.

A situação ocupacional dos pacientes pesquisados revela que 39,5% trabalham: destes, 6,12% estão distribuídos na faixa etária entre 18-30 anos, 79,59% entre 31-60 anos e 14,29% com mais de 61 anos. Porém, somente 42,85% dos pacientes que trabalham possuem carteira registrada, ou seja, têm garantia de direitos trabalhistas. Entre os 60,5% dos pacientes que não trabalham, encontram-se 41,33% de aposentados e 30,67% de desempregados.

A relação emprego por habitante no Grajaú é de 0,19 e no município de São Paulo é de 0,54. Na STS, a maioria dos empregos (83%) pertence ao setor terciário da economia¹³.

Entre os pacientes internados na enfermaria da clínica médica do Hospital, 58,06% da renda familiar identificada está entre um a dois salários mínimos; 29,84% destes pacientes encontram-se no distrito do Grajaú, 14,52% na Capela do Socorro e 13,70% em Parelheiros.

Esses resultados estão de acordo com os dados apresentados pela STS, pois no que concerne à renda familiar mensal, o maior número de pessoas da região (37,2%) situa-se na faixa de um a dois salários mínimos. Este é também o caso do distrito do Grajaú (45,6%). Já nos dois outros distritos, Socorro e Cidade Dutra, havia um deslocamento da maior fatia da população para o intervalo de renda imediatamente superior (de 2 a 4 salários). No Grajaú a situação de renda é a mais desfavorável e em 2007 os que ganhavam R\$ 5.700,00 ou mais não chegavam a 1% da população do distrito¹³.

A pesquisa com os pacientes internados também revelou que, ao contrário do que se imaginava, há poucos pacientes inseridos em programas de distribuição de renda e apenas 18,55% dos pacientes têm acesso a algum tipo de benefício: 1,61% referiu acesso à Bolsa Família, 0,81% à Bolsa Aluguel e 16,13% ao Benefício da Prestação Continuada (BPC) que prevê um salário mínimo para o idoso e pessoa com deficiência cujas famílias não possuem condições de arcar com seu próprio sustento.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído em outubro de 2003 e tem por objetivo o combate à fome e à pobreza. Sua singularidade deve-se à unificação de todos os programas de transferência de renda não contributivos. Consideram-se elegíveis para o recebimento da transferência de renda as famílias pobres e extremamente pobres. Em troca da transferência de renda, os domicílios beneficiários devem assumir compromissos na área da educação e saúde, segundo sua composição⁶. O Programa Bolsa Família é superado em número de beneficiários apenas pelo SUS, que em princípio cobre toda a população brasileira⁴⁰.

As informações sociodemográficas dos pacientes pesquisados são coerentes

com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), segundo o qual o distrito do Grajaú mostra grande extensão de área com alta vulnerabilidade, Cidade Dutra mostra-se bastante heterogêneo e em Socorro predominam áreas de vulnerabilidade baixa. O índice de exclusão/inclusão aponta para o Grajaú como um dos distritos com maior exclusão dentro do município¹¹. Grajaú é o terceiro maior e mais populoso distrito da cidade de São Paulo, ocupa a 9ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio⁴¹.

Tabela 5 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, segundo quem faz e quem fez uso de tabaco por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Faz Uso Tabaco				Fez Uso Tabaco			
	Sim	Não	Total	% Sim	Sim	Não	Total	% Sim
18-30 anos	2	5	7	28.5	2	5	7	28.5
31-60 anos	18	48	66	27.2	28	38	66	42.4
Mais de 61	7	44	51	13.7	25	26	51	49.0
Total	27	97	124	21.7	55	69	124	44.3

Teste Qui-quadrado

$$X^2 = 2,17 \text{ (p = 0,3379)}$$

$$X^2 = 1,26 \text{ (p = 0,5337)}$$

Com relação aos pacientes pesquisados que fazem ou já fizeram uso de tabaco, o teste Qui-quadrado revelou que não houve diferença significativa entre as faixas etárias.

Entre os pacientes internados, 21,7% fazem uso de tabaco, porém 44,3% já fizeram. Na faixa etária de 31 a 60 anos, 27,2% faz uso e 42,4% já fez uso. A faixa etária de mais de 61, 13,7% faz uso e 49,0% já fizeram uso de tabaco.

Cerca de 6 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo uso do tabaco, tanto por utilização direta quanto por fumo passivo. Até 2020, esse número deve aumentar para 7,5 milhões, contando 10% de todas as mortes. Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório³. Os dados mais recentes com representatividade nacional, levantados pela Pesquisa Especial de

Tabagismo em 2008, mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% (dados referidos pelo IBGE, 2009⁴²).

Tabela 6 – Pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, que fazem uso de bebida alcoólica e os que realizam atividade física

Faz Uso de Bebida Alcoólica	N	%	N	%
Não			91	73,39
Sim			33	26,61
Faz Atividade Física	N	%	N	%
Não			101	81,45
Sim			23	18,55

Entre os pacientes internados pesquisados, 26,61% referem uso de bebida alcoólica. Destes, 18,18% referem uso diário, 51,52% uso semanal e 30,30% uso esporádico.

A cada ano, 2,3 milhões de pessoas morrem pelo consumo nocivo de álcool, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo. Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática⁴².

A atividade física é um importante combatente das DCNT e apenas 18,55% dos pacientes internados pesquisados referem realizar atividades físicas como caminhada e academia. Em relação à frequência, 43,47% deles realizam as atividades de uma a três vezes por semana, e 56,53% de quatro a sete vezes por semana.

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade. Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão⁴².

Tabela 7 – Principal diagnóstico dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

Diagnóstico	18 - 30 anos		31 - 60 anos		Mais de 61		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiocirculatório	1 (14.3)	1,4	37 (56.1)	52,1	33 (64.7)	46,5	71 (57.2)	100
Aparelho respiratório	0	0	14 (21.2)	58,3	10 (19.6)	41,7	24 (19.4)	100
Outras doenças	6 (85.7)	20,7	15 (22.7)	51,7	8 (15.7)	27,6	29 (23.4)	100
TOTAL	7 (100)		66 (100)		51 (100)		124 (100)	

No grupo das doenças cardiocirculatórias foram incluídos os infartos, insuficiências cardíacas, arritmias, anginas, bradicardias, hipertensão e diabetes. A pesquisa aponta que na clínica médica do Hospital Geral do Grajaú a prevalência das doenças cardiocirculatórias é de 57,2%.

É importante observar que na faixa etária de 31 a 60 anos as doenças cardiocirculatórias representaram 56,1% dos casos e na faixa etária de mais de 61 elas representaram 64,7%.

Foram consideradas, entre as doenças do aparelho respiratório, as pneumonias, asma, fibrose pulmonar e doenças pulmonares crônicas obstrutivas, que representam 19,4% das internações. A prevalência das doenças respiratórias na faixa etária de 31 a 60 anos foi de 21,2% e na faixa de mais de 61 anos, 19,6%.

As doenças hematológicas, infecciosas, endócrinas, nutricionais e metabólicas, do aparelho geniturinário, reumatológicas e neoplásicas apresentam menor número e foram agrupadas no item outras doenças. É importante esclarecer que os pacientes com demandas neurológicas não são atendidos em unidade de internação da clínica médica e não foram incluídos.

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas. A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de seiscentas mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vez a taxa do Reino Unido. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos⁴².

As doenças e agravos não transmissíveis são responsáveis por 76% da mortalidade geral, 63% das internações pagas e 73% dos gastos do SUS por internações de indivíduos residentes do município de São Paulo⁴².

As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum: o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool. Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são os seguintes: pressão arterial elevada, responsável por 13% das mortes no mundo, tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%). O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas³.

Tabela 8 – Principais comorbidades apresentadas pelos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, nos grupos etários

Comorbidades	18 - 30 Anos		31 - 60 Anos		Mais de 61	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	0	0	31	46.9	33	64.7
Diabetes	0	0	19	28.7	23	45.0
Doenças neurológicas	1	14.2	5	7.5	8	15.6
Doenças neoplásicas	0	0	0	0	2	3.9

Quanto às comorbidades, a hipertensão apresentou maior prevalência: 64,7%, entre os pacientes com mais de 61 anos e de 46,9% entre 31 a 60 anos. O mesmo se dá com a diabetes, que acometeu 45,0% dos pacientes com mais de 61 anos e 28,7% dos pacientes entre 31 e 60.

Encontramos pacientes com sequelas de doenças neurológicas e em tratamento de doenças neoplásicas, porém em menor número na clínica médica – observa-se que o número é maior no pronto-socorro e nas unidades de internação da neurologia e cirurgia geral.

Estima-se que a pressão arterial alta cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes. Esse é um fator de risco para doenças do aparelho circulatório. A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda; contudo, é geralmente menor na população de alta renda³.

Tabela 9 – Pacientes com histórico de reinternações e por faixa etária na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

Reintegrações	N	%
18 a 30 anos	4	57.1
31 a 60 anos	45	68.2
maior de 61 anos	35	68.6
Total geral	84	67.7

Os resultados da pesquisa apontam que 67,7% dos pacientes internados na clínica médica já passaram por internações anteriores. Entre eles, 46,43% reinternaram uma vez, 32,14% de duas a três vezes, 13,09% de quatro a cinco vezes e 8,33% mais de cinco vezes.

Estes dados são gritantes, principalmente quando relacionados com os dados do seguimento dos pacientes. Considerando a prevalência das doenças cardiocirculatórias e respiratórias nas internações, é real a necessidade do acesso

ao acompanhamento com especialistas, devido à especificidade do quadro clínico dos pacientes, e não apenas com generalistas e intercambistas na atenção básica.

Os resultados revelaram que 42% dos pacientes não fazem acompanhamento médico, enquanto 58% referem acompanhamento. Chama a atenção o fato de que 73% dos que referem acompanhamento o fazem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), 6,74% nos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), 12,36% em hospital especializado terciário, 3,37% em serviço particular e 4,49% em convênio médico.

O Hospital Geral do Grajaú, apesar do elevado número de atendimentos, não conta com o suporte ambulatorial, o que dificulta o acesso dos pacientes ao seguimento após alta hospitalar. No sistema regulatório Centro de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (Cross), não há oferta de vagas de especialidades compatíveis com a demanda, ocasionando o aumento da fila de espera e o acesso restrito a equipamentos de saúde fora do território do paciente, gerando até mesmo a desistência do tratamento.

Tabela 10 – Pacientes com histórico de uso de medicação contínua e dispensação na rede, internados na Clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

FAIXA ETÁRIA	Uso Medicação				Dispensada na Rede			
	Sim	Não	Total	%Sim	Sim	Não	Total	%Sim
18-30 anos	1	6	7	14.28	1	6	7	14.28
31-60 anos	42	24	66	63.63	37	29	66	56.06
Mais de 61	45	9	51	88.23	37	14	51	72.55
Total	88	36	124	70.96	75	49	124	60.48

Teste Qui-quadrado

$X^2 = 15,94$ (P = 0,0003)
31-60 e mais 61 > 18-30

$X^2 = 9,89$ (P = 0,0071)
18-30 < 31-60 e mais 61

Em referência ao uso de medicação contínua, o teste do Qui-quadrado foi significativo para o grupo etário entre 31-60 e mais de 61 anos, sendo a dispensação do medicamento na rede de saúde significativa também para essas faixas etárias.

A oferta dos medicamentos de uso contínuo da rede de saúde ainda está aquém da demanda apresentada pelos pacientes, pois apesar do aparente bom resultado dessa oferta, os pacientes afirmam que os medicamentos de uso contínuos são disponibilizados na rede de atenção básica, mas queixam-se da irregularidade da oferta e ausência de alguns medicamentos. Portanto, a maioria aponta gastos financeiros para a compra da medicação e efetivação do tratamento, e por vezes ocorre a interrupção do tratamento.

5.2.2 Percepção dos pacientes internados quanto aos direitos na saúde

A pesquisa possibilitou levantar a percepção dos pacientes, aqui compreendida de forma dialética como o campo de revelação da realidade a partir das experiências de cuidado durante a internação, considerando que a realidade está sempre em movimento e em transformação.

As questões apresentadas aos pacientes internados na clínica médica do Hospital Geral do Grajaú consideraram as mudanças mais recentes nas práticas de atenção e gestão, o fortalecimento da autonomia e a cidadania dos usuários da saúde por meio da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH)⁷ e da Carta de Direito do Usuário⁴³.

Na organização dos resultados, foram trabalhados dois blocos de respostas focadas nos direitos dos usuários da saúde no SUS.

Tabela 11 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Direito ao Acesso Humanizado

DIREITO AO ACESSO HUMANIZADO	N FEM (Sim)	%	N MASC (Sim)	%
1. Conhece por nome o médico que o(a) acompanha	18	31.0	22	33.3
2. Conhece por nome a enfermeira que o(a) acompanha	8	13.7	12	18.1
3. Os profissionais estão identificados com crachás	55	94.8	64	96.9
4. É chamado pelo nome durante o atendimento	57	98.2	66	100
5. Você dá opinião durante a visita médica	31	53.4	35	53.0
6. Recebeu informações do quadro clínico	56	96.5	59	89.3
7. Sente-se escutado durante o atendimento	52	89.6	62	93.9
8. Conhece as normas de acesso ao Hospital	49	84.4	49	74.2
9. Recebeu visita em horário estendido (mínimo 6 horas)	55	94.8	64	96.9
10. Conhece ou utiliza o canal de escuta SAU/Ouvidoria	18	31.0	15	22.7

Teste G de Cochran

Feminino	Masculino
G = 256,94 (p = 0,0000)	G = 302,47 (p = 0,0000)

Em relação à percepção dos pacientes referentes ao bloco Direito ao Acesso Humanização, o teste G de Cochran revelou que nas questões 3, 4, 6 e 9 houve predominância de respostas afirmativas entre o sexo feminino e o mesmo se deu nas questões 3, 4, 7 e 9 entre o sexo masculino.

Na pesquisa, as questões 1 e 2 apontam o baixo conhecimento por parte dos pacientes quanto aos nomes dos profissionais médicos e da enfermagem responsáveis pelo seu cuidado. Porém, 95,9% dos pacientes afirmam o uso do crachá de identificação pelos profissionais de saúde durante o atendimento e 99,1% deles referem que são chamados pelo nome durante a internação.

Apesar de a identificação dos profissionais ser obrigatória, torna-se difícil para o paciente memorizar os nomes da equipe de referência por tratar-se de um hospital de ensino e com elevada circulação de trabalhadores, residentes, internos, preceptores das universidades e escolas técnicas. Considerando o elevado número

de pacientes idosos e com baixa escolaridade, fazem-se imprescindíveis os reforços na apresentação dos profissionais no ato da assistência.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. Ao paciente cabe o direito de saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço, devendo os profissionais responsáveis pelo cuidado estar identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção⁴³.

Observa-se que 53,2% dos pacientes entrevistados afirmam dar opinião durante a visita médica, 92,7% afirmam sentir-se escutados durante o atendimento e 91,9% receberam informações a respeito do seu quadro clínico. Nesse sentido, o paciente tem responsabilidades como cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada, sendo sua obrigação prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde. Em contrapartida, o paciente tem direitos e deve manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, deve solicitar esclarecimentos em qualquer momento do tratamento⁴³.

No que se refere às normas de acesso ao Hospital, 79% apontam conhecimento delas durante a internação e 95,9% recebeu visita em horário estendido (mínimo 6 horas). A Carta de Direito dos Usuários do SUS garante a visita diária não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas.

Dos pacientes internados, apenas 26,6% referem conhecer ou utilizar o canal de escuta SAU e ouvidoria. Entre os diversos dispositivos que asseguram os direitos dos pacientes, visando preservar sua cidadania durante o tratamento, destacam-se os mecanismos de escuta das sugestões, reclamações e denúncias que devem ser acolhidas pelos gestores das unidades de saúde, garantindo sempre a privacidade, o sigilo e a confidencialidade^{7,43}.

Tabela 12 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Direitos à Atenção Organizada

DIREITO À ATENÇÃO ORGANIZADA	N FEM (Sim)	%	N MAS (Sim)	%
1. Atendimento no ACCR	56	96.5	61	92.4
2. É atendido por equipe multidisciplinar	43	74.1	42	63.6
3. Teve acompanhante durante a internação	23	39.6	21	31.8
4. O acompanhante recebeu informações sobre o quadro clínico	51	87.9	52	78.7
5. O acompanhante/familiar participou do cuidado	55	94.8	51	77.2
6. Recebeu visita do Movimento Popular de Saúde	6	10.3	9	13.6
7. Teve contato com o voluntariado do hospital	20	34.4	29	43.9
8. Recebeu visita religiosa durante a internação	38	65.5	42	63.6

Teste G de Cochran

Feminino
G = 191,93(p = 0,0000)

Masculino
G = 221,56(p = 0,0000)

Em relação à percepção dos pacientes referentes ao bloco Direito à Atenção Organizada, o teste G de Cochran revelou que entre ambos os sexos houve predominância de respostas afirmativas nas questões 1, 4 e 5.

A pesquisa aponta que 94,3% dos pacientes responderam que foram atendidos pela enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e 68,5% reconhece atendimento por equipe multidisciplinar durante a internação.

Quando há limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, o gestor local é responsável pela organização das condições para o acolhimento e encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio^{7,43}.

No Hospital Geral do Grajaú, o ACCR foi implantado em 2010, sendo um processo de cogestão promovido por um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) multiprofissional. Nesse movimento foram incluídas visitas às unidades de saúde do território, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e corpo de bombeiros,

uma vez que esse dispositivo permite organizar o acesso priorizando a urgência e emergência e não mais a ordem de chegada. O ACCR foi implantado a partir do movimento crítico reflexivo do movimento popular de saúde, conselho gestor do território e gestores do hospital, e possibilitou rever os processos de trabalho do pronto-socorro e capacitar 940 trabalhadores de saúde, o que garantiu a incorporação do uso da ferramenta.

O Hospital optou por aplicar um protocolo de classificação de risco híbrido, considerando as referências da Organização Mundial de Saúde (OMS), HumanizaSUS e outros. Além da priorização garantida pelo dispositivo do ACCR, a PNH sugere a implantação de outros dispositivos no hospital, como a visita aberta e o direito ao acompanhante.

O acompanhante é uma pessoa de livre escolha do paciente que pode estar presente nas consultas, exames e internações, pré-parto, parto e pós-parto ou em todas as situações previstas por lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso)⁴³.

No setor da clínica médica, 35,4% dos pacientes tiveram acompanhante durante a internação e afirmam ter recebido informações sobre o direito ao acompanhante no hospital, porém, muitos acharam a sua presença desnecessária e alegam falta de disponibilidade dos familiares devido ao trabalho. Apesar de tratar-se de um direito, os pacientes entrevistados julgaram que os pacientes acamados são os mais beneficiados com a presença dos acompanhantes, uma vez que a clínica médica tem uma parcela de seus leitos ocupada por pacientes com elevado grau de dependência e complexidade de saúde.

Dos entrevistados, 88% dos pacientes pesquisados referem que os acompanhantes e/ou familiares receberam informações sobre o quadro clínico e 85,4% participaram do processo do cuidado durante a internação.

Aos pacientes são garantidas as informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde. As informações oferecidas aos familiares devem considerar as diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua

condição clínica, as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa atestado na presença de testemunhas^{7,43}.

Na pesquisa com os pacientes internados, apenas 12,1% afirmam ter recebido a visita de representantes do Movimento Popular de Saúde durante a internação, o que indica uma fragilidade, pois seus membros são seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde. Os conselhos gestores de serviços são indicados pelos usuários da saúde, que na maioria das vezes não conhecem o trabalho dos representantes.

Para operacionalizar a participação social, a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta a formação de Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estaduais e municipais. Estes conselhos são compostos em 50% por trabalhadores da saúde e gestores da saúde (25% para cada segmento), e os outros 50% são compostos por usuários do sistema^{7,10,23}. Nesse sentido, os serviços de saúde gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) não têm a obrigatoriedade de estabelecer o conselho formalmente, porém, desde a fundação, o Hospital Geral do Grajaú conta com a atuação do Movimento Popular de Saúde, lideranças e conselheiros de saúde da região.

Tabela 13 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes à importância do trabalho voluntário

A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO VOLUNTÁRIO

“A solidão é muito grande”
 “Acho que esse trabalho ajuda a lidar com o estresse do paciente e a tranquilizá-lo”
 “Ajuda na autoestima do paciente”
 “Ajuda na melhoria do humor do paciente”
 “Ajuda na recuperação”
 “Anima, principalmente quem não recebeu visitas”
 “Disfarça a tristeza”
 “Distrai o paciente”
 “É uma forma de ajudar na melhora através da música e cultura”
 “Esse trabalho valoriza a gente e dá ânimo, é a humanização que precisamos”
 “Gostamos de saber que há pessoas interessadas em nós, sem receber nada em troca”

“Leva paz, amor e alegria! São anjos que inspiram os doentes a continuar fortes”

“Me faz companhia e não me sinto sozinha”

“Melhora o ambiente e traz alegria”

“O hospital é um lugar de tratamento, onde os pacientes ficam depressivos e os voluntários fazem um trabalho diferente e muda o nosso astral”

“Ocupa a mente das pessoas com emoções boas”

“Porque encontrei um motivo para sorrir, mesmo estando triste”

“Renova a esperança”

“Torna o trabalho do hospital mais bonito”

“Ajuda no trabalho dos profissionais”

Segundo a pesquisa, 39,5% dos pacientes internados entrevistados tiveram contato com o voluntariado do Hospital, uma vez que no período das entrevistas os voluntários atuaram no período da tarde e nos finais de semana. Porém, 74,19% do total dos entrevistados reconhecem a importância do voluntariado na saúde e mesmo não sendo beneficiados diretamente reconheceram como importante o projeto Cantinho da Beleza, destinado a auxiliar no cuidado da barba e cabelos dos pacientes com internação de longa permanência.

O projeto Música no Hospital foi citado pelos pacientes, pois há dez anos oferece um cortejo musical com repertório especialmente escolhido para acolher e valorizar o paciente e sua família. A música pode ser de extrema importância para a melhoria da ambiência hospitalar, para o conforto e o bem-estar dos pacientes. Durante as entrevistas, os pacientes compartilharam situações de reconciliação familiar e construção de novos laços afetivos a partir das músicas apresentadas pelos voluntários que significaram e ressignificaram situações vivenciadas e reconhecidas como importantes no processo de internação.

Os pacientes contam da estranheza por estarem longe de casa, num espaço desconhecido e afirmam perder a noção do tempo. Na clínica médica, o projeto Você Sabia? possibilitou aos pacientes ser acolhidos pelos voluntários para orientações quanto aos horários de visita, direito ao acompanhante, normas de funcionamento e acesso aos canais de escuta do usuário.

O voluntariado pode ser uma importante estratégia de cidadania. Para o corpo de voluntários e para os pacientes, trata-se de um encontro diferente marcado por situações das quais dificilmente os profissionais de saúde poderiam dar

contingência, devido ao volume de trabalho e preocupações relacionadas à assistência.

Tabela 14 – Respostas dos pacientes internados na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes à importância da visita religiosa

A IMPORTÂNCIA DA VISITA RELIGIOSA
“Não se pode ignorar Deus”
“Porque não posso ir à igreja, mas a igreja vem até mim”
“A internação é uma situação difícil, mas conseguimos enfrentar quando alguém nos oferece uma palavra amiga”
“É uma forma de fazer o ser humano se aproximar de Deus, mesmo numa hora tão difícil”
“Ameniza a dor do paciente por estar doente”
“Quando ficamos doentes nos sentimos abandonados e a visita incentiva, e a fé da pessoa também pode auxiliar”
“Dou valor para o que eles fazem, porque eu ainda não faço”
“Porque queremos estar vivos e Deus nos ajuda”
“Traz coisas boas, de acordo com a espiritualidade de cada um”
“Quando internamos nossa fé fica abalada e eles nos ajudam a caminhar na fé novamente”
“A fé é o ‘empurrão’ para ajeitar o restante na vida”
“Se não cremos em Deus, não cremos em ninguém”
“A doença nos aproxima de Deus”
“É hora de exercitarmos a nossa espiritualidade”
“Hoje é meu aniversário e trouxeram um bolo, cantaram parabéns para mim, fiquei muito feliz e emocionado com isso”
“Deus precisa ser falado de coração aberto, independentemente de religião”
“Meu corpo se alimenta todos os dias e minha alma também precisa disso”

A valorização dos diversos sujeitos envolvidos no cuidado pressupõe a inclusão da rede de apoio dos pacientes. Nesse sentido, 64,5% dos pacientes internados referem ter recebido visita religiosa durante a internação. O Hospital oferece um horário específico para a visita religiosa da comunidade do paciente e dispõe de um grupo de visitantes religiosos capacitados na abordagem ecumênica, no acolhimento dos pacientes e no despertamento para a espiritualidade. Nesse caso, é importante ressaltar que receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social é um direito dos usuários da saúde.

Entre os pacientes entrevistados, 45,97% declaram-se católicos, 38,70% evangélicos, 3,22% espíritas, 1,61% outras religiões e 10,50% sem religião. Todos os pacientes foram questionados quanto à importância da visita religiosa durante a internação e 91,13% alegam ser relevante, justificando que o exercício da fé ajuda na recuperação e contribui trazendo conforto emocional e espiritual.

A espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. Tais crenças podem mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Pesquisas apontam que há relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental: segundo essas pesquisas, pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse se são religiosas. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salútares e requerem menos assistência de saúde. As crenças pessoais dão sentido às situações de sofrimento da vida e a busca por um propósito na vida, a experiência de conectar-se com Deus e com os outros parece ser uma importante maneira de enfrentar a doença crônica⁴⁴.

Considerando que a espiritualidade faz parte do conceito de saúde do ser humano, as respostas dos pacientes parecem revelar a sua importância no desenvolvimento da resiliência e no manejo das doenças crônicas, e merecem estudos mais aprofundados neste sentido.

5.2.3 Perfil dos profissionais que atuam na clínica médica

A PNH coincide com os princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar o acesso e a atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Dessa forma, efetivar o monitoramento e a avaliação do trabalho em saúde à luz da humanização é um processo complexo, considerando ainda as suas dimensões subjetivas, pois as instituições de saúde têm como finalidade primordial alcançar a produção e prestação de serviços, mas, também, a produção de sujeitos³⁴.

Os profissionais de saúde são imprescindíveis para a efetivação de uma gestão participativa e humanizada, cabendo às equipes a abertura para lidar com as dimensões subjetivas nas práticas do cotidiano profissional.

Nesse sentido, buscou-se conhecer também o perfil dos profissionais de saúde que atuam na enfermaria da clínica médica do Hospital, e verificar, a partir de três blocos de questões, a organização da atenção e oferta do cuidado, a ampliação do acesso, o cuidado integral e resolutivo, aspectos da gestão descentralizada e participativa.

Tabela 15 – Profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo, segundo a faixa etária e sexo no ano de 2016.

FAIXA ETÁRIA	<u>FEM</u> <u>N</u>	<u>MAS</u> <u>N</u>	<u>TOTAL</u> <u>N</u>	<u>% FEM</u>
18-30 anos	8	3	11	72,7
31-60 anos	23	7	30	76,7
TOTAL	31	10	41	75,6

Teste Exato de Fisher ($p = 0,9987$)

O teste exato de Fisher revela não haver diferença significativa entre as faixas etárias e sexo – 75,6% dos trabalhadores de saúde que atuam na clínica médica são do sexo feminino.

Tabela 16 – Estado conjugal dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

FAIXA ETÁRIA	<u>COM</u> <u>COMPANHEIRO</u> <u>N</u>	<u>SEM</u> <u>COMPANHEIRO</u> <u>N</u>	<u>TOTAL</u> <u>N</u>	<u>% COM</u> <u>COMPANHEIRO</u>
18-30 anos	5	6	11	45,5
31-60 anos	21	9	30	70,0
TOTAL	26	15	41	63,4

Teste Exato de Fisher ($p = 0,2720$)

No teste exato de Fisher não há diferença significativa entre as faixas etárias e ter ou não ter companheiro.

Quanto ao estado conjugal, 63,4% dos trabalhadores têm companheiros e 36,6% não têm. Observamos que na faixa etária entre 31 a 60 anos concentra-se o maior número de trabalhadores com companheiros: 70%.

Tabela 17 – Resumo do perfil dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

PERFIL DOS PROFISSIONAIS	N	%
Cor não branca	20	48.7
Origem do Sudeste – SP	27	65.8
Residência locada no território do HGG	29	70.7
Religião cristã	31	75.6
De 0 a 1 filho	25	60.9
Composição familiar de 1 a 3 pessoas	29	70.7
Vínculo de trabalho celetista	36	87.8
Trabalha no hospital há menos de 3 anos	20	48.7
Profissionais da área da enfermagem/médica	31	75.6
Profissionais da equipe multiprofissional	10	24.4
Trabalha durante o dia	25	61.0

A referência da cor da pele entre os profissionais da saúde que atuam na clínica médica é de 48,7% não branca e 51,3% branca. A maioria, 73,17%, é de origem do Sudeste, e destes, 65,5% são de São Paulo.

Quanto à residência, 70,7% dos trabalhadores residem nas imediações do Hospital, 29,26% nos bairros da Capela do Socorro e 17,07% no Grajaú.

Na composição familiar dos trabalhadores, 70% têm família composta de uma a três pessoas e 30% composta de quatro a sete pessoas. O número de trabalhadores sem filhos é 29,2%, com apenas um filho 31,7%, e a maioria, 39%, tem de um a quatro filhos.

Entre os sujeitos da pesquisa, identificou-se que 7,5% dos profissionais atuam no Hospital há menos de um ano, 42% entre um e três anos, 17,50% entre quatro e sete anos e 32% há mais de 8 anos. Quanto ao vínculo trabalhista, 90% são contratados como celetistas e 10% como pessoa jurídica há mais de 5 anos. Dos trabalhadores, 60% atuam no período do dia e 40% no período noturno, na sua maioria na enfermagem.

Os dados relacionados à religião apontam que 39% dos profissionais de saúde entrevistados são católicos, 39% evangélicos, 7,3% espíritas e 14,7% afirmam não ter religião.

Das áreas que participaram da pesquisa, 75,6% dos profissionais correspondem à área assistencial (51,21% de auxiliares de enfermagem, 4,9% de técnicos de enfermagem, 14,6% de enfermeiros e 4,9% médicos), 24,4% atuam nas equipes multidisciplinares, formadas por assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutico e escriturário.

Tabela 18 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Organização da Atenção e Oferta do Cuidado

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E OFERTA DO CUIDADO	FEM (Sim)	%	MAS (Sim)	%
1. Há equipe multidisciplinar implantada	26	83,8	8	80.0
2. A visita ao paciente é multidisciplinar	24	77,4	9	90.0
3. O paciente tem participação na visita multidisciplinar	19	61,2	9	90.0
4. O prontuário é multidisciplinar	27	87,1	10	100
5. Você se apresenta ao paciente como equipe de referência	31	100	10	100
6. Você insere o acompanhante no cuidado do paciente	30	96,7	9	90.0
7. Há discussão de casos de alta complexidade	23	74,1	10	100
8. Utilização de PTS	2	6,5	1	10.0
9. Há reunião de equipe multidisciplinar	15	48,3	4	40.0
10. Há registros das reuniões	4	13	2	20.0

Teste G de Cochran

Feminino
G = 136,99 (p =0,000)

Masculino
G =45,54 (p =0,000)

Em relação à percepção dos profissionais de saúde referente ao bloco Organização da Atenção e Oferta do Cuidado, o teste G de Cochran revelou que entre o sexo feminino houve predominância de respostas afirmativas nas questões 5 e 6 e entre o sexo masculino houve predominância de respostas afirmativas nas questões 4, 5 e 7.

Na percepção dos trabalhadores de saúde, 82,9% referem haver equipe multidisciplinar implantada na clínica médica e para 80,4% a visita ao paciente acontece de forma multidisciplinar. A equipe descreve a atuação multidisciplinar no período da manhã, horário em que acontece a visita médica acadêmica e de demais profissionais. Nos outros períodos, a atuação da equipe multidisciplinar é descrita pelos profissionais de forma isolada.

A participação do paciente na visita multidisciplinar foi referida por 68,2% dos trabalhadores que atribuem a participação à desenvoltura dos mesmos e hábitos de cuidados já desenvolvidos que os encorajam a questionar; porém, a percepção é de que a maioria responde apenas o perguntado pela equipe médica. Os trabalhadores da enfermagem referem ser comum os pacientes buscarem as informações para a compreensão do diagnóstico e do tratamento após a visita médica. Na percepção dos próprios pacientes, 53,2% dão opinião durante a visita.

A atuação de uma equipe multidisciplinar é reconhecida também pelo uso do prontuário multidisciplinar e 90,2% dos trabalhadores reconhecem esse instrumento no cotidiano da clínica.

Nas entrevistas, 100% dos trabalhadores afirmam apresentar-se aos pacientes como equipe de referência de cuidado, o que promove a aproximação e vínculo para esse cuidado.

Quanto à inserção do acompanhante/familiar no cuidado, 95,1% dos trabalhadores o fazem. Mas ao serem interrogados sobre a importância do acompanhante no processo de internação, os profissionais queixam-se das dificuldades em lidar com eles, pois muitos não apoiam no processo de internação, interferem nas condutas ou mostram-se mais solicitantes do que os próprios pacientes.

Alguns profissionais nem sempre reconhecem nos acompanhantes a disponibilidade para o aprendizado do cuidado, porém a maioria elege o acompanhante como apoiador importante para a desospitalização, pois ele faz o trajeto entre o hospital e a atenção básica, e muitas vezes durante a internação colabora para a aquisição de insumos, equipamentos e outras necessidades antes da alta hospitalar.

O dispositivo da visita aberta e acompanhante são propostas da PNH cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. O acompanhante é o representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde. Historicamente, em todas as sociedades, a comunidade sempre foi um espaço de cuidados^{7,10,18}.

De fato, na saúde, a visita e o acompanhante podem ser vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um peso a mais, uma demanda que precisa ser contida. Faltam estrutura física e profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes. Há dificuldades quanto à compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente por parte dos trabalhadores e dos familiares. Faltam condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar, e quando há, são muito precárias^{7,10}.

A equipe multidisciplinar geralmente é demandada pelos pacientes na clínica médica e 80,4% dos trabalhadores afirmam percepção de discussão de casos de alta complexidade. Os profissionais de saúde que atuam na Clínica Médica atribuem esse trabalho à equipe médica e de enfermagem, nem sempre reconhecem a participação efetiva dos demais profissionais nas discussões de casos.

Quanto à existência de reuniões de equipe, 46,3% reconhecem a existência de reuniões entre as equipes de referência, porém somente 14,6% citam registros das reuniões. A equipe multiprofissional trouxe mais elementos referentes aos encontros para a resolução das demandas dos pacientes e registros destes atendimentos.

Os profissionais afirmam que a equipe médica procede à visita acadêmica e os demais profissionais participam, conforme a identificação das necessidades de saúde dos pacientes, estando a participação da equipe multiprofissional sob a condução médica para o plano de cuidado. Porém, apenas 7,3% percebe neste movimento a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS): a ferramenta é desconhecida por 92,7% dos trabalhadores, apesar de nos relatos das experiências discutirem a vulnerabilidade definirem o planejamento das metas e prazos para o cuidado e responsáveis, mesmo sem a formalização em instrumental específico.

A PNH propõe ainda arranjos como a clínica ampliada, na qual não se desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, ela busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Num serviço hospitalar, pode-se definir a equipe de referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. Esta mesma equipe pode ter profissionais que trabalhem como equipe de apoio e interconsultas: a diferença é que nessa proposta não é possível transferir a responsabilidade pelo cuidado^{7,22}.

O PTS pode ser caracterizado como o conjunto de atos assistenciais pensados por uma equipe multidisciplinar e com apoio matricial, se necessário, para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco que extrapola o âmbito clínico, abarcando as condições sociais, econômicas, ambientais e afetivas, isto é, a integralidade do sujeito e seu contexto de vida. Geralmente é dedicado a situações mais complexas e, no fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”²¹. Essa compreensão ampliada da humanização necessita ser pensada a partir das redes de atenção e das linhas de cuidado como bases para o apoio e o acompanhamento das condições crônicas^{4,6,18,34}.

Tabela 19 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Ampliação do Acesso, Cuidado Integral e Resolutivo.

AMPLIAÇÃO DO ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO	N FEM (Sim)	%	N MAS (Sim)	%
1. Conhece os fluxos de alta hospitalar	18	58,0	8	80.0
2. Conhece os fluxos de transferência na regulação	15	48,3	7	70.0
3. Existe um programa de desospitalização do paciente	20	64,5	4	40.0
4. Encontra apoio nas RAS para continuidade do cuidado	17	54,8	4	40.0

Teste G de Cochran

Feminino
G = 1,73115 (p = 0,6303)

Masculino
G = 2,00 (p = 0,5724)

Em relação à percepção dos profissionais de saúde referente ao bloco Ampliação do Acesso, Cuidado Integral e Resolutivo, o teste G de Cochran revelou não haver diferenças significantes nas respostas entre ambos os sexos.

O bloco de questões refere-se ao indicador da alta qualificada no eixo da implantação de dispositivos e instrumentalidade para a desospitalização do paciente. Nesse sentido, 63,4% dos trabalhadores pesquisados referem conhecer os fluxos de alta hospitalar, na sua maioria a equipe multiprofissional, enfermeiros e médicos, sendo desconhecido por parte dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Os fluxos de transferência e o processo regulatório são conhecidos por 53,6% dos trabalhadores, o que compromete muitas vezes a comunicação efetiva, podendo haver demora na devolutiva ao paciente causando desconforto e ansiedade. O conhecimento deste fluxo pareceu estar associado à atuação do médico, enfermeira e assistente social apenas.

Apesar de haver orientações práticas para a construção de processos de trabalho pautados nas políticas de saúde, constata-se o desconhecimento dos profissionais de saúde quanto aos recursos, equipamentos de saúde e políticas assistenciais capazes de acolher o usuário da saúde de forma integral. Conhecer o percurso do paciente, considerando diferenças de gênero, ciclos de vida, vulnerabilidade e aspectos de saúde biopsicossocial é muito importante. Nesse

sentido, a linha de cuidado é fruto de um pacto realizado entre atores que controlam serviços e recursos assistenciais, sendo o usuário o elemento estruturante de todo o processo de produção de saúde, produzindo um trabalho integrado e múltiplo. Identificar os diversos atores que controlam os recursos da linha de cuidado é imprescindível, sendo a porta de entrada da saúde, UBS e Estratégia Saúde da Família (ESF) as responsáveis pelo cuidado e acompanhamento do usuário^{17,19}.

Para atender as demandas de complexidade dos pacientes faz-se necessária a articulação entre os serviços na saúde, garantindo o cuidado integral. Portanto, não se pode transferir as atitudes e os procedimentos da clínica hospitalar para a atenção básica e vice-versa, pois cuidam de eventos diferentes.^{8,19}

O processo de desospitalização num serviço como o Hospital em estudo é muito complexo, e 58,5% dos trabalhadores afirmam perceber a existência de um programa de desospitalização, porém não formalizado. Alguns profissionais descrevem um itinerário, na perspectiva da alta hospitalar, desde o primeiro dia de admissão do paciente na clínica.

Para a desospitalização dos pacientes, os profissionais do Hospital Geral do Grajaú referem dificuldades em relação ao acesso às dietas industriais, às avaliações nutricionais, acesso escasso à assistência domiciliar e ao seguimento nas especialidades. Afirmam ainda a morosidade nos processos de aquisição do serviço de oxigenoterapia domiciliar, diálise ambulatorial, remoção e medicações de alto custo. O tempo de internação é diretamente afetado por esses fatores e há dificuldades em relação à ineficácia do processo regulatório nos casos de pacientes com necessidades de cateterismos, procedimentos cirúrgicos e avaliações com especialistas.

Mesmo o acesso aos insumos básicos para curativos, acompanhamento e troca das sondas naso-enterais e vesicais torna-se um desafio para as famílias neste território da saúde, devido à insuficiência e irregularidade de materiais nas unidades de saúde. O Hospital conta com um fluxo de empréstimo de aspiradores e outros equipamentos para garantir o retorno do paciente para casa com segurança, tendo em vista as condições econômicas da população.

Para 51,2% dos trabalhadores da clínica médica, os pacientes encontram apoio na Rede de Atenção da Saúde (RAS) no território, justificando as reinternações dos pacientes e agravo do quadro clínico após a alta hospitalar, dado já identificado também no perfil de saúde dos pacientes atendidos na clínica médica.

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 3.390/2013 institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)⁴⁵, segundo a qual a alta responsável ou qualificada consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado entre as unidades de saúde, devendo produzir a orientação necessária aos usuários e familiares/cuidadores, a articulação com os demais pontos de atenção das redes de atenção à saúde, em particular a atenção básica e a implantação de mecanismos de desospitalização.

Ao Serviço Social que atua na clínica médica cabe a identificação do cuidador e sua inserção como acompanhante quando possível, a orientação sobre as normas hospitalares e boletim médico e a definição de quem receberá as orientações sobre o cuidado durante a hospitalização para a continuidade na residência do paciente após a alta hospitalar. O acolhimento da família para o manejo da alta hospitalar, no sentido de identificar estruturas, recursos e afetos necessários para o grupo familiar promover o cuidado domiciliar, também é uma função exclusiva do profissional do Serviço Social.

Por tratar-se de um hospital de ensino, seria importante diminuir a distância existente entre a prática acadêmica e a assistencial, buscando horizontalizar as relações para emergir de fato uma equipe multidisciplinar potente, sendo este um desafio na área hospitalar, pois as relações assimétricas são aprendidas culturalmente. Mesmo assim, é inegável a importância da atuação da equipe multidisciplinar na clínica médica, pois procedem às orientações com os pacientes e familiares, antecipando a compreensão dos cuidados necessários.

Há dez anos, o Hospital desenvolve o Programa Cuidador numa tentativa de capacitar as famílias e a comunidade para os cuidados básicos de pacientes com doenças crônicas dependentes: é uma ação produzida pelo esforço da equipe multidisciplinar em disseminar informações de saúde e fortalecer as famílias no difícil exercício de amenizar a ausência de uma política pública eficaz na assistência domiciliar.

A interlocução junto aos equipamentos de saúde para o acesso aos insumos, equipamentos e tratamento após a alta é, também, vinculada especificamente ao Serviço Social da unidade de internação, o que traduz o distanciamento dos demais profissionais do universo recente e emergente das redes de atenção e saúde.

São inúmeros os problemas relacionados à desospitalização dos pacientes com o perfil socioeconômico e as complexidades em saúde descritas nesta pesquisa, e não são incomuns os casos de abandono, de recusa familiar e institucionalização precária dos pacientes em Instituições de Longa Permanência (ILP).

Tabela 20 – Respostas dos profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016, referentes ao bloco Gestão Descentralizada e Participativa

GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA	N FEN (Sim)	%	N MASC (Sim)	%
1. Você participa de grupos de trabalho	11	35.4	2	20.0
2. Participa de colegiado gestor	8	25.8	1	10.0
3. Participa de Educação Permanente (EP)	26	83.8	8	80.0
4. Participa de pesquisa de satisfação e/ou clima	12	38.7	3	30.0
5. Há canal de escuta para o trabalhador	19	61.2	5	50.0
6. Desenvolve trabalhos científicos/pesquisas	3	9.6	2	20.0
7. Tem contato com o controle social ou movimento de saúde	9	29.0	2	20.0
8. Tem contato com o voluntariado	17	54.8	4	40.0
9. Conhece a PNH	15	48.3	4	40.0

Teste G de Cochran

Feminino
G = 43,82 (p = 0,000)

Masculino
G = 57,48 (p =0,000)

Em relação à percepção dos profissionais de saúde referente ao bloco Gestão Descentralizada e Participativa, o teste G de Cochran revelou que entre ambos os sexos houve predominância de resposta afirmativa na questão 3.

Uma gestão participativa é aquela que de forma inclusiva promove o encontro dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho em saúde. Na percepção dos profissionais da unidade de internação da clínica médica, 31,7% têm participação

em grupos de trabalhos e 21,9% participam do colegiado gestor. Este número refere-se aos trabalhadores envolvidos, também, com outros processos de trabalho no Hospital, pois descrevem reuniões com gestores demandando discussões e organização de fluxos. Portanto, há pouco movimento da equipe em relação à discussão das demandas específicas da clínica médica, estando os auxiliares e técnicos de enfermagem à margem deste processo.

Entre os profissionais de saúde, 82,9% referem participar de Educação Permanente, realizada em ato durante a rotina do trabalho e desenvolvida muitas vezes em grupos com temáticas específicas. É essencial que atividades de Educação Permanente estejam enquadradas no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como alicerce as metodologias de ensino correlacionadas aos principais problemas vivenciados pelo trabalhador. Dentre estes, atualmente é bem estabelecido o crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A Portaria Nº 198/GM2 propõe a Educação Permanente como uma aprendizagem no trabalho: o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se 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 do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho^{47,48,49}.

Dentre os profissionais de saúde pesquisados na clínica médica, 36,6% referem ter participado de alguma pesquisa de clima, entre eles os mais antigos, e 58,5% percebem a existência de canais de escuta direcionados ao trabalhador. Muitos profissionais consideram a ferramenta instituída pelo setor de qualidade para a notificação de incidentes críticos como uma oportunidade para expressar sua opinião. Outros apontam a existência de caixa de sugestões e a ferramenta “Fale com o Diretor”, reconhecendo ainda o acesso às coordenações das áreas como o canal de escuta mais efetivo. No período da noite, os profissionais apontam dificuldades devido ao número reduzido de chefias e à impossibilidade de contato com a rede de apoio existente no Hospital durante o dia para a resolução dos problemas.

Apesar de ser um hospital de ensino, 12,2% dos profissionais afirmam ter desenvolvido algum trabalho científico, sendo a pesquisa uma possibilidade para os docentes e discentes das universidades, mas ainda não concebida como uma ferramenta para a produção do conhecimento pelos demais trabalhadores do Hospital.

O Movimento Popular de Saúde é presente na gestão hospitalar e tem como papel dialogar com os usuários quanto ao acesso e à compreensão sobre o SUS por meio das visitas, do diálogo e discussões com os gestores do serviço. Porém, 26,8% dos profissionais referem algum tipo de contato com este grupo na clínica médica e apenas 12,1% dos pacientes referiram contato com os visitantes.

A existência de voluntários na saúde também aponta para um modelo participativo de gestão, pois trata-se da ação organizada da própria comunidade dentro do Hospital, trazendo muitas vezes saberes e ações que os trabalhadores não conseguem produzir sem apoio. A pesquisa revela que 51,2% dos profissionais tiveram contato com o voluntariado, sendo este trabalho um poderoso auxiliar na promoção e defesa dos direitos individuais e sociais dos pacientes e uma forma de comprometimento com a transformação desejada da realidade.

Tabela 21 – Satisfação dos pacientes internados e profissionais que atuam na clínica médica de um hospital público de ensino na região do extremo Sul de São Paulo no ano de 2016

SATISFAÇÃO	Pacientes		Profissionais	
	N (sim)	%	N (sim)	%
19. Tem bom relacionamento na CM	120	96,7	40	97,5
20. Está satisfeito com o trabalho desenvolvido na CM	122	98,4	29	70,7

Em referência à satisfação, os sujeitos da pesquisa foram interpelados quanto às relações estabelecidas na clínica médica: 96,7% dos pacientes mostraram-se satisfeitos e 97,5% dos trabalhadores também.

As relações precisam ser objeto de estudo na saúde, pois em sua produção, o uso de tecnologias duras, inscritas em máquinas, exames e instrumentos traz de forma irreal a ideia de resolução dos problemas da área. Atualmente utilizamos muito das tecnologias leve-duras, aquelas definidas pelo conhecimento técnico dos profissionais de saúde, porém as tecnologias leves, utilizadas na produção das relações para o cuidado do usuário, são imprescindíveis para o trabalho em saúde²⁴. Portanto, para as necessidades de saúde levantadas pelos profissionais há de se avaliar quais são as tecnologias mais adequadas.

A satisfação com o trabalho desenvolvido na clínica médica foi apontada por 98,4% dos pacientes. Mesmo havendo relatos de dificuldades como demora no agendamento de procedimentos por meio do processo regulatório, os pacientes reconhecem o árduo trabalho dos profissionais.

Quanto aos profissionais de saúde, 70,7% referiram satisfação com o trabalho desenvolvido na clínica médica. Entre os motivos da falta de satisfação estão o excesso de trabalho e a difícil equação entre a complexidade dos casos e o dimensionamento de pessoal, principalmente na equipe da enfermagem. Alguns profissionais apontam as demandas sociais dos pacientes/familiares como complicadores que atrasam as condutas e terapêuticas propostas, aumentando assim o sentimento de impotência frente às tomadas de decisão.

Na área hospitalar, as condições crônicas também demandam um olhar sobre o dimensionamento das equipes de assistência e discussão da regulação (oferta e demanda) eficaz nos diversos pontos de atenção à saúde, evitando desfecho e agravo das doenças.

Os profissionais da saúde que atuam na enfermagem da clínica médica apontaram como possibilidade de melhoria a efetivação de reuniões, discussões de casos de forma multidisciplinar e ações de valorização do trabalhador – são proposições possíveis e que demandam tecnologias leves para a efetivação da melhoria do cuidado.

A sobrecarga de trabalho, o dimensionamento das equipes de acordo com a complexidade dos casos e a fragilidade no exercício da multidisciplinaridade são aspectos que interferem na produção do cuidado. Nesse sentido, as respostas dos

pesquisados revelaram o sofrimento de quem cuida em meio às adversidades e o alívio e contentamento de quem recebeu o cuidado necessário.

6 CONCLUSÃO

A população atendida na enfermaria da clínica médica do Hospital Geral do Grajaú é na sua maioria idosa, de cor não branca, residente no distrito do Grajaú, e apresenta demandas de saúde de alta complexidade, o que impacta na ocupação de leitos da clínica médica e no cuidado ofertado pelos profissionais.

Podemos conferir a influência dos determinantes sociais no processo de adoecimento da população, no qual constatamos a fragilidade na rede de apoio e nas relações formais e informais de confiança, ou seja, observa-se a fragilidade na rede primária para a garantia do cuidado, a baixa renda familiar, a baixa escolaridade, a alta taxa de desemprego da população ativa, o elevado percentual de trabalho informal e o baixo índice de beneficiários do Programa Transferência de Renda.

Os fatores de risco para as doenças crônicas como o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo de álcool estão presentes na população pesquisada, porém são aumentados devido à vulnerabilidade social.

Os pacientes pesquisados acessam de forma limitada os serviços de promoção à saúde, o que aumenta os agravos. As principais comorbidades de saúde encontradas entre os pacientes foram hipertensão e diabetes, e os principais motivos de internação foram as doenças cardiocirculatórias e do aparelho respiratório. A pesquisa constatou pacientes sem seguimento com especialidade e retaguarda na rede de atenção à saúde e alto percentual de pacientes com histórico de reinternações, uma vez que a oferta do cuidado é insuficiente e incompatível com as demandas de saúde desses pacientes.

Foram identificados profissionais de saúde na faixa etária economicamente ativa, na sua maioria trabalhadores celetistas, do sexo feminino, residentes no território de saúde do Hospital e com composição familiar reduzida.

O Hospital é potente na atração, desenvolvimento e retenção dos talentos e dispõe de dispositivos de humanização implantados que são percebidos positivamente pelos usuários da saúde e profissionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da clínica médica direciona a atenção dos profissionais às condições crônicas, ou seja, os profissionais têm a percepção de que é necessário um movimento da equipe multiprofissional para o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes. Nesse sentido, os profissionais praticam arranjos potentes para a garantia do cuidado integral, porém não há uma sistematização do processo de desospitalização, da construção multidisciplinar do plano de cuidado e da articulação com a rede.

Apesar da atenção às condições crônicas conduzir para a mudança no modelo de atenção, as políticas de humanização apontam o caminho mais efetivo: o da ampliação da clínica e do objeto de trabalho para o atendimento das reais necessidades de saúde dos pacientes.

A centralidade da clínica nas necessidades de saúde dos pacientes requer o exercício das equipes multidisciplinares na gestão do cuidado, pois as condições crônicas e a difícil missão de desospitalizar demandam espaços de diálogo entre todos os envolvidos no interior do hospital, apesar da verticalização das relações de trabalho.

No contexto do Hospital Geral do Grajaú, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar só é possível a partir do planejamento conjunto entre as equipes dos diferentes pontos de atenção, com a participação do paciente e sua família no plano de cuidado. As ações para a desospitalização na clínica médica são percebidas pelos profissionais, apesar das adversidades enfrentadas para a garantia do cuidado após a alta hospitalar.

A ausência de reuniões multidisciplinares para a problematização dos processos de trabalho da clínica médica aponta a fragilidade na percepção dos trabalhadores da área assistencial quanto à gestão participativa: esta é uma responsabilidade remetida ao grupo da gestão hospitalar. A Educação Permanente foi o espaço identificado entre os trabalhadores como gestão participativa.

Num hospital de ensino, faz-se imprescindível pensar a mudança na formação

dos profissionais de saúde a partir da discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando a Educação Permanente um espaço para a reflexão sobre a realidade da produção de cuidados. Há, também, a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários. Portanto, a construção do cuidado pode contar com a *expertise* da academia para orientar as melhores práticas, desde que somada ao conhecimento constituído na experiência concreta de saúde, que só o serviço pode ofertar. O ensino e o serviço devem estar orientados pelo objetivo comum de construir a excelência das práticas de saúde no SUS.

Nesse sentido, para a mudança do modelo de gestão exige-se a prática da gestão da clínica e a implantação de tecnologias de microgestão de serviço de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado clínico, buscar os altos padrões de segurança do paciente e a efetividade da assistência. A gestão da clínica prevê a utilização da *medicina baseada em evidência*, ou seja, a melhor evidência clínica proveniente de pesquisas científicas sistemáticas, a *expertise* profissional e a valorização da escolha do paciente.

Nos processos de trabalho do gerenciamento de risco, valorizam-se as equipes de referências multiprofissionais e PTS, planejamento estratégico situacional, avaliação sistemática da qualidade, transparência na prestação de contas, cultura de aprendizado organizacional, pesquisa, boas práticas e educação permanente.

Considerando que discutir a clínica é praticar a sua gestão, torna-se relevante o questionamento sobre quem a compõe, quem são os responsáveis pelo cuidado, e principalmente a reflexão sobre a autonomia dos sujeitos envolvidos. Na clínica médica, a revisão conceitual e a prática clínica podem contribuir para a inclusão da vulnerabilidade e subjetividade na construção dos diagnósticos, das terapêuticas e principalmente na formação de uma equipe multidisciplinar, no seu sentido mais amplo.

É importante ressaltar que apesar das diferenças na lógica de trabalho dos modelos de gestão em saúde, muitas vezes as ferramentas de gestão podem promover a reprodução da clínica tradicional, pois a transformação necessária só pode ser produzida a partir da clínica ampliada, prevista nos princípios da

integralidade e equidade do SUS e PNH.

Considerando a complexidade do perfil dos pacientes internados no Hospital Geral do Grajaú e a escassez de serviços de saúde no território, torna-se notória a ausência de políticas públicas de saúde territorializadas. Portanto, a ideia de que a humanização depende apenas da gestão hospitalar e dos trabalhadores de saúde é equivocada e messiânica.

Nesse sentido, o Hospital Geral do Grajaú necessita um ambulatório de referência, uma vez que esta é uma realidade para todos os demais hospitais, e a oferta ambulatorial, na região do extremo Sul da Zona Sul, é incompatível com as demandas de saúde da extensa população. Nesse contexto, a atenção domiciliar, a reabilitação e a oferta de leitos de retaguarda são as prioridades nesse território.

Vale ressaltar que atualmente há um movimento de inversão de papéis, no qual as preocupações sobre a saúde passaram a ser de responsabilidade apenas da sociedade civil e não mais do setor público. Nesse sentido, compreendo o processo de saúde e doença no âmbito das desigualdades sociais e das questões sociais, pois todos os profissionais de saúde do Hospital Geral do Grajaú têm sua atuação determinada por elas.

Embora, nos últimos anos tenham ocorrido mudanças significativas no SUS quanto à garantia de acesso e atenção integral, há necessidade de maiores investimentos, principalmente no que se refere ao financiamento para a oferta de saúde de qualidade e humanizada neste território.

Ocorre que a reforma do Estado, pela implementação da política neoliberal, visa à redução dos gastos públicos e tem impulsionado o afastamento do Estado do trato da questão social e da saúde. Portanto, não há uma iniciativa política efetiva para o enfrentamento dos problemas de saúde existentes no extenso território da Capela do Socorro e do Grajaú. Nos últimos anos, as nomenclaturas dos equipamentos de saúde foram mudadas e foram reduzidos os atendimentos da demanda espontânea, sem um aumento suficiente do número dos equipamentos para uma maior oferta de atendimento.

A história da PNH revela o seu nascimento dentro da máquina do Estado, gestada como uma política de governo, que a partir do trabalho do Núcleo Técnico

de Humanização (NTH), de apoiadores, articuladores e uma rede de trabalho foi transformada numa política pública e transversalizada no arcabouço de legislações da saúde e decretos que estabelecem as redes de atenção à saúde. Portanto, a maioria das legislações que define aspectos importantes da saúde pública hoje está carregada de intencionalidade da humanização e, na prática, como esperávamos, a política foi disseminada.

Os pacientes e profissionais de saúde reconhecem os processos de humanização na saúde por meio dos dispositivos e práticas implantadas nos serviços. Caberá aos apoiadores da humanização, como política pública de saúde, o papel de guardiões do seu método, que valoriza a inclusão dos diferentes sujeitos na produção da saúde, pois é o método que diferencia a humanização de todas as demais práticas em saúde.

O movimento dialético, filosófico e pedagógico proposto pela PNH produz nos serviços a estranheza necessária para discernir ou revelar, nos processos de gestão, os indicadores e números encarnados de sujeitos. Nessa perspectiva, há o reconhecimento de um novo movimento ativo na saúde, o de reunir esforços coletivos para tirar do papel a humanização agora absorvida pelas políticas de saúde.

Nas palavras de Zygmunt Bauman⁵⁰,

A desumanização começa no ponto em que, graças ao distanciamento, os objetos visados pela operação burocrática podem e são reduzidos a um conjunto de medidas quantitativas. [...] Reduzidos como todos os objetos de gerenciamento burocrático, a meros números desprovidos de qualidade, os objetos humanos perdem sua identidade [...]. Só os humanos podem ser objeto de proposições éticas [...]. Os seres humanos perdem essa capacidade assim que reduzidos a cifras.

REFERÊNCIAS

1. Schimidt MI, Dunca BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil [periódicos na internet]. 2011;4(6):61-74. Disponível em [http:// www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
2. Malta DC, Neto OLM, Junior JBS. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(4):425-38.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Vigilância. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Almeida ND, A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Ver. Psicologia e Saúde. 2010;5(1):1-9.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: Histórias da reforma Sanitária e do Processo Participativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégica para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Neves CAB, Massaro A. Biolítica, Produção de Saúde e um Outro Humanismo. Interface - Comunic. Saúde, Educ. 2009; 13(1):503-14.
9. Junges JR, Barbiani R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. O Mundo da Saúde. 2012;36(2):397-406.
10. Araujo GF, Rates SMM.Org. Co-Gestão e Humanização na Saúde Pública: Experiências construídas no Hospital Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma; 2008.

11. Instituto De Responsabilidade Social Sírio Libanês (São Paulo). Hospital Geral do Grajaú. [relatório na internet] [acesso em set. 2016]. Disponível em: http://www.irssl.org.br/unidades_servicos/pagina.php?cod=12.
12. Fundação Sistema Estadual De Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social/IPVS. [relatório na internet] São Paulo, 2010. Disponível em: http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf
13. Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro 2010. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEINFO; [relatório na internet] 2010. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=732>
14. Wikipédia. Lista dos distritos de São Paulo por Índice de Desenvolvimento Humano. [verbete na internet] [acesso em 15 set 2016]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_dos_distritos_de_S%C3%A3o_Paulo_por_%C3%8D%C3%8Dndice_de_Developolvimento_Humano.
15. Prefeitura Municipal De São Paulo. Subprefeitura Parelheiros. Histórico: Parelheiros: uma cidade do interior dentro da metrópole. [monografia na internet] [acesso em set 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/parelheiros/historico/index.php?p=411>.
16. Cecílio LCO. Apontamentos Teórico-Conceituais sobre Processos Relativos Considerando as Múltiplas Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde. São Paulo: Ver. Com. Saúde e Educação Interface. 2011; 5(37):589-99.
17. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um Seminário Dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface Comunic Saúde Educ., 2009;13(1): 493-502.
18. Campos GVS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. Ciências & Saúde Coletiva. 2007;12(4):849-59.
19. Franco TB. Produção do cuidado e Produção pedagógica: Integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface – Comunic Saúde Educ. 2007;11(23):427-38.

20. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2011.
21. Utilização de Projetos Terapêuticos Singulares no Enfrentamento às Doenças Crônicas não Transmissíveis: Relato de Experiência. *Rev. Bras. Ciências da Saúde.* 2014; 16(1):85-90.
22. Campos GVS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2): 399-407.
23. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão Participativa e Corresponsabilidade em Saúde: Limites e possibilidades no âmbito da Estratégia da Saúde da Família. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2009;13(1):557-70.
24. Merhy EE, Magalhães JR. et.al. O trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004.
25. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):738-45.
26. Monteiro AC, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(1):47-57.
27. Morim E. Os Setes Saberes Necessários à Educação do Futuro. 9 ed. Brasília: Cortez; 2004.
28. Roquete FF, Amorim MMA, Barbosa SP, Souza DCM, Carvalho DV. Multidisciplinaridade, Intersetorialidade e Transdisciplinaridade: Em busca do diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Ver. Enferm. Cent. O. Min.* 2012 set/dec;2(2):463-74.
29. Luiz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade.* 2009;(18)2;304-11.
30. Pedrosa RT, Vieira MEM. Transversalizar em defesa da vida. *Interface – Comunic Saúde Educação.* 2009;13(1): 695-700.

31. Henriques RLM. Interlocução Entre Ensino e Serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
32. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
33. Matus C. Teoria do Jogo Social. São Paulo: Fundap; 2005.
34. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico Nacional de Humanização. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS. Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
35. Siegel SE, Castellan JNJ. Estatística Não Paramétrica para Ciências do Comportamento. São Paulo: Artemed; 2006.
36. Departamento de Informática do SUS. Tecnologias da Informação à Serviços de Saúde do SUS. [homepage na internet] [acesso em out 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nisp.def>.
37. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília-DF, de 18 a 20 de agosto de 2004.
38. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 372 p.
39. Políticas e Práticas de Conciliação Entre Família e Trabalho No Brasil. Bila Sorj - Departamento De Sociologia Da Universidade Federal Do Rio. Cadernos de Pesquisa. 2007.
40. Governo Federal Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos E Possibilidades Futuras. Sergei Soares Natália Sátyro. Brasília: 2009.
41. Secretária Municipal De Saúde. [homepage na internet] Disponível em: <http://www.prefeitura.sp>.

gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=6164.

42. Mendes EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da família. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2012; 514.
43. Ministério da Saúde (Brasil). Carta dos direitos dos usuários da saúde / ministério da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).
44. Rocha ACAL, Ciosak AI. Doença Crônica no Idoso: espiritualidade e enfrentamento. USP: Rev Esc Enferm; 2014; 48(2):92-98.
45. Brasil. Lei n. 3390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
46. Filho SBS, Barros MEB, Gomes RS. A PNH como Política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface – Comunic Saúde Educ. 2009;13(1):603-13.
47. Braga CC, Lima MSO, Dutra RM, Araujo GAB, Moreira PVL, Pessoa TRR. Educação Permanente para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT). Rev Bras Saúde. 2014;16(1):39-44.
48. Mori ME, Silva FH, Beck FL. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de Gestão: uma aposta no plano coletivo. 2009; 13(1):719-27.
49. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. 2009;13(1):603-13.
50. Bauman Z. Modernidade e Holocausto. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.

BIBLIOGRAFIA

Azevedo NR. Atmosfera Moral da Escola: a promoção do desenvolvimento ético. Rio de Janeiro: Papers; 2010.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano e compaixão pela terra. 15 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.

Braga R. Perfil de Pacientes Internados em um Hospital Público na Região Sul da Cidade de São Paulo. [dissertação] São Paulo: Universidade de Santo Amaro; 2015.

Cecilio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado Como Eixo da Gestão Hospitalar. Campinas: Mimeo; 2003.

Elizabeth Norton. The application of humanization theory to health-promoting practice. The School of Health & Social Care, Bournemouth University, Bournemouth, Dorset, UK, 2013.

Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.

_____. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.

Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

Morse J. Qualitative Health Research: Creating a New Discipline. California: Left Coast press; 2012.

Maia AC. Sobre a Analítica do Poder de Foucault. Tempo Social: Rev. Sociol. USP. São Paulo, 1995.

Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(3): 2011-23.

Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Humanização nas práticas de saúde. 2009; 13(1):771-80.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE; Onocko R, orgs. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico Nacional de Humanização. Visita Aberta e Acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Pires MFC. O Materialismo Histórico Dialético. I Interface – Comunic Saúde Educ. 1997;1(1).

Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(1).

Willis Danny, Grace Pamela. A Central Unifying Focus for the Discipline: Facilitating Humanization, Meaning, Choice, Quality of Life, and Healing in Living and Dying. ANS. 2008.

APÊNDICES



A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DO PACIENTE

Venho através de este documento convidá-lo (a) para participar de um projeto de pesquisa em saúde que está em andamento no Hospital Geral do Grajaú. Trata-se de uma dissertação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro – UNISA, que será realizada pela pesquisadora Railda Alves da Silva Carone, mestranda, como trabalho de conclusão de curso, sob orientação da Prof^ª. Dra. Jane de Eston Armond. Descrevemos abaixo as características do projeto para o seu esclarecimento e solicitamos o seu consentimento livre para incluí-lo na pesquisa. Não é preciso que você decida sobre isso neste momento, podendo refletir e consultar seus familiares ou outras pessoas para ajudá-lo (a), caso entenda que seja necessário.

Título do projeto: “A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”.

Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que será realizado no Hospital Geral do Grajaú com indivíduos internados no setor da clínica médica, com o objetivo de verificar características pessoais e socioeconômicas, percepção sobre a sua saúde, satisfação em relação ao serviço prestado e percepção sobre a humanização da assistência oferecida. **Descrição dos procedimentos:** Os participantes do estudo não serão submetidos a procedimentos ou intervenções adicionais a aquelas realizadas pela equipe médica-assistencial. Toda a informação utilizada na pesquisa será coletada por meio de entrevista pessoal. **Relação dos procedimentos:** Será realizada entrevista pessoal e individual com paciente e profissional de saúde. **Descrição de possíveis desconfortos e riscos:** A participação na pesquisa terá um risco mínimo para o participante. Não haverá qualquer risco a sua saúde. **Benefícios do estudo:** Não há um benefício direto para a participante. Trata-se de estudo que tem como objetivo identificar os dispositivos da Política Nacional de Humanização implantados na clínica médica e a percepção dos indivíduos. Essas informações são relevantes para o conhecimento científico e podem auxiliar serviços, gestores e profissionais de saúde a desenvolver estratégias e práticas de saúde humanizadas compatíveis com as necessidades dos pacientes. **Procedimentos alternativos:** O presente estudo não interfere com o tratamento padrão do paciente no hospital e não haverá desvantagens para ele, caso não participe do estudo. **Garantia de acesso:** Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Railda Alves da Silva Carone atua como Coordenadora de Humanização na instituição em que o paciente se encontra internado no endereço: (Hospital do

Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-49). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687. **Garantia de liberdade:** A participação na pesquisa não é obrigatória e é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no hospital. **Direito de confidencialidade:** As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros participantes deste estudo, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. **Direito à informação:** Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados do estudo, que sejam do conhecimento dos pesquisadores. **Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais para as participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. **Direitos a tratamento:** A pesquisa não influencia em nenhuma fase de tratamento do paciente e todos seus direitos serão assegurados. **Compromisso do pesquisador:** Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e as informações coletadas somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informada (o) a respeito das informações que li descrevendo o estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanente. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, sendo que poderei tirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Paciente

Documento de Identificação

Declaro que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Data: ____/____/____

Coord. Humanização

Data: ____/____/____

Dra. Jane de Eston Armond

Contato da pesquisadora Railda Alves da Silva Carone: (Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-41). Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-868.



PESQUISA

A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

B – INSTRUMENTAL DO PACIENTE

1 DADOS PESSOAIS			
1.1	Idade: _____	Gênero: () Fem () Masc	Religião: _____
1.2	Naturalidade: _____	Tempo em SP: _____	Bairro: _____
1.3	Cor da Pele: () Branca () Parda () Preta/Negra () Indígena		
1.4	Estado Conjugal: () Com companheiro () Sem Companheiro		
1.5	Composição Familiar: _____	Tem filhos? () Sim () Não	Se sim, Quantos? _____
1.6	Profissão: _____	Ocupação: _____	Aposentadoria: () Sim () Não
1.7	Escolaridade: 1º grau: () Completo () Incompleto 2º grau: () Completo () Incompl. Superior: () Completo () Incompleto Pós – Graduação () Sim () Não		
1.8	Trabalho Remunerado: () Sim () Não	Vínculo: () CLT () Informal	

2 DADOS SOCIOECONÔMICOS			
2.1	Tipo de Moradia: () Alvenaria () Madeira () Pau a Pique () Outros		
2.2	Residência: () Própria () Alugada () Cedida () Invasão	N. Cômodos: _____	
2.3	Situação Habitacional: () Esgoto Fechado () Luz () Água Potável Coleta de lixo () Sim () Não Se sim, quantas vezes por semana: _____		
2.5	Valor da Renda Familiar : R\$ _____		
2.6	Recebe Benefícios: () Sim () Não Se sim, quais? () BCP () Bolsa Família Outros: _____ Quanto: _____		

3 SAÚDE			
3.1	Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não Se sim, () Diariamente () Semanalmente () Esporadicamente		
3.2	É Fumante: () Sim () Não	É Ex. fumante: () Sim () Não	
3.3	Faz exercícios físicos? () Sim () Não Se sim, quantas vezes por semana: _____ e quanto tempo: _____		
3.4	É portador de deficiência? () Sim () Não	Se sim, Qual? _____	
3.5	Faz uso de alguma medicação () Sim () Não Se sim, Quais? _____		
3.6	Tem Convênio? () Sim () Não Faz acompanhamento ambulatorial? () Sim () Não Se sim, onde? () AMA () UBS () AME () Hospital Especializado () Convênio		
3.7	Motivo da Internação: _____ Já foi internado antes? () Sim () Não Se sim, quantas vezes? _____		
3.8	Tem ou teve algum problema de saúde? () Sim () Não Se sim, quais? () Diabetes () Hipertensão () Problemas de coração () Problemas no Pulmão () Problemas Neurológico () Câncer - Se sim, onde? _____		

	_____ () Outros _____
--	------------------------

4	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E OFERTA DO CUIDADO	Sim	Não
4.1	Você conhece, por nome, o médico que está te acompanhando?		
4.2	Você conhece, por nome, a enfermeira que está te acompanhando?		
4.3	Você é atendido por equipe multiprofissional?		
4.4	Você dá opinião durante a visita médica?		
4.5	Você é chamado pelo nome durante os atendimentos?		
4.6	Você se sente escutado durante os atendimentos?		
4.7	Recebe informações do seu quadro clínico?		

5	DIREITOS ASSEGURADOS	Sim	Não
5.1	Foi atendido pela enfermagem antes do médico para Classificação de Risco (identificação da priorização)?		
5.2	Conhece as normas de acesso ao hospital?		
5.3	Recebe visita em horário estendido (mínimo 6 horas/dia)?		
5.4	Tem acompanhante durante a internação? Se não, por quê? _____		
5.5	O acompanhante recebe informações do seu quadro clínico?		
5.6	O acompanhante participa de seu cuidado?		
5.7	Os profissionais da saúde estão identificados com crachás?		
5.8	Conhece ou utiliza o canal de escuta SAU/Ouvidoria?		

6	GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA	Sim	Não
6.1	Recebeu visita do movimento de saúde?		
6.2	Teve contato com a equipe dos voluntários do Projeto Música no Hospital?		
6.3	Você acha o trabalho dos voluntários importante? Se sim, por quê? _____		
6.4	Recebeu visita religiosa durante a internação?		
6.5	Você acha a visita religiosa importante? Se sim, por quê? _____		

7	SATISFAÇÃO	Sim	Não
7.1	Tem bom relacionamento com os profissionais de saúde? Se não, por quê? _____		
7.2	Está satisfeito com atendimento durante a internação na clínica Médica? Se não, por quê? _____		



C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Venho através de este documento convida-lo (a) para participar de um projeto de pesquisa em saúde que está em andamento no Hospital Geral do Grajaú. Trata-se de uma dissertação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro – UNISA, que será realizada pela pesquisadora Railda Alves da Silva Carone, mestranda, como trabalho de conclusão de curso, sob orientação da Prof^a. Dra. Jane de Eston Armond. Descrevemos abaixo as características do projeto para o seu esclarecimento e solicitamos o seu consentimento livre para incluí-los na pesquisa. Não é preciso que você decida sobre isso neste momento, podendo refletir e consultar seus familiares ou outras pessoas para ajudá-lo (a), caso entenda que seja necessário.

Título do projeto: “A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”.

Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que será realizado no Hospital Geral do Grajaú com os profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes internados na clínica médica para verificar as suas características pessoais, percepção em relação à Humanização da assistência oferecida e satisfação em relação ao trabalho desenvolvido. **Descrição dos procedimentos:** Os participantes do estudo não serão submetidos a procedimentos ou intervenções adicionais a aquelas realizadas pela equipe médica-assistencial. Toda a informação utilizada na pesquisa será coletada por meio de entrevista pessoal. **Relação dos procedimentos:** Será realizada entrevista pessoal e individual com os profissionais de saúde. **Descrição de possíveis desconfortos e riscos:** A participação na pesquisa terá um risco mínimo para o participante. Não haverá qualquer risco a sua saúde. **Benefícios do estudo:** Não há um benefício direto para a participante. Trata-se de estudo que tem como objetivo identificar os dispositivos da Política Nacional de Humanização implantados na clínica médica e a percepção dos indivíduos. Essas informações são relevantes para o conhecimento científico e podem auxiliar serviços, gestores e profissionais de saúde a desenvolver estratégias e práticas de saúde humanizadas compatíveis com as necessidades dos pacientes. **Procedimentos alternativos:** O presente estudo não interfere com o trabalho padrão do paciente no hospital e não haverá desvantagens para eles, caso não participe do estudo. **Garantia de acesso:** Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora Railda Alves da Silva Carone atua como Coordenadora de Humanização na instituição em que o profissional de saúde trabalha localizada no endereço: Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-49. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro

(UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687. **Garantia de liberdade:** A participação na pesquisa não é obrigatória e é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no hospital. **Direito de confidencialidade:** As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros participantes deste estudo, não sendo divulgada a identificação de nenhum profissional de saúde. **Direito à informação:** Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados do estudo, que sejam do conhecimento dos pesquisadores. **Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais para as participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. **Direitos a tratamento:** A pesquisa não contemplará profissionais de saúde em situação de tratamento e sim no exercício do cuidado e todos seus direitos serão assegurados. **Compromisso do pesquisador:** Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e as informações coletadas somente para esta pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informada(o) a respeito das informações que li descrevendo o estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanente. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, sendo que poderei tirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____/____/____

Profissional de Saúde

Documento de Identificação

Declaro que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Coord. Humanização

Data: ____/____/____

Dra. Jane de Eston Armond

Data: ____/____/____

Contato da pesquisadora Railda Alves da Silva Carone: (Hospital do Grajaú- HGG- localizado na Rua Francisco Octávio Pacca, Nº 180, bairro Parque das Nações- Unidas- SP, Telefone: 3544-94-41). Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA) - Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, Telefone: (011) 2141-8687.



PESQUISA

“A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”.

D – INSTRUMENTAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

1 DADOS PESSOAIS			
1.1	Idade:	Gênero: () Fem () Masc	Religião:
1.2	Naturalidade:	Tempo em SP:	Bairro:
1.3	Cor da Pele: () Branca () Parda () Preta/Negra () Indígena		
1.4	Estado Conjugal: †() Com companheiro () Sem Companheiro		
1.5	Composição Familiar:	Tem filhos? () †Sim () Não Se sim, Quantos?	
1.6	Profissão:	Tempo de Profissão:	
1.7	Vínculo de trabalho: () CLT () PJ () RPA () Residência	Tempo de trabalho: _____ Tempo de trabalho no Hospital: _____	
1.8	Escala de Trabalho: () Plantonista () Diarista/horizontal		
1.9	Horário de Trabalho: () 120h () 220h () 12x36 () Outros _____ () Dia () Noite		

2	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E OFERTA DO CUIDADO	Sim	Não
2.1	Há equipe multidisciplinar implantada na clínica médica?		
2.2	A visita ao paciente no leito é realizada de forma multidisciplinar?		
2.3	Há discussão de casos de alta complexidade?		
2.4	O prontuário do paciente é multidisciplinar?		
2.5	Você participa de reunião de equipe multidisciplinar?		
2.6	Há registros das reuniões?		
2.7	Você se apresenta ao paciente como equipe de referência?		
2.8	Você conhece os fluxos de alta dos pacientes? Se não, por quê?		
2.9	Você conhece os fluxos de transferência/regulação? Se não, por quê? _____		
2.10	Você utiliza o PTS – Projeto Terapêutico Singular para os casos de complexidade? Se não, por quê?_		
2.11	Há algum Programa para a Desospitalização do paciente?		
2.12	Encontra apoio na RAS – Rede de Atenção e Saúde para a continuidade do cuidado do paciente? Se não, por quê?		
2.13	O paciente tem participação na visita multidisciplinar?		

2.14	Você insere o acompanhante no cuidado do paciente? Se não, por quê?		
2.15	O acompanhante auxilia na desospitalização do paciente? Se sim, como?		

3	GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA	Sim	Não
3.1	Você participa de Grupos de Trabalho no Hospital?		
3.2	Você participa de Colegiado Gestor?		
3.3	Você participa da Educação Permanente ou Processos Educacionais no Hospital?		
3.4	Você já participou de alguma pesquisa de satisfação e/ou clima?		
3.5	Há algum canal de escuta para o trabalhador?		
3.6	Você desenvolve trabalhos científicos/pesquisas?		
3.7	Tem contato com o controle social/movimento de saúde?		
3.8	Tem contato com voluntariado?		
3.9	Você conhece a PNH – Política Nacional de Humanização?		

4	SATISFAÇÃO	Sim	Não
4.1	Tem bom relacionamento com os colegas de trabalho?		
4.2	Está satisfeito com o trabalho desenvolvido na CM? Se não, por quê?		



E - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIABILIDADE

Eu, Railda Alves da Silva Carone, brasileira, casada, assistente social, inscrita sob o CPF Nº 132.423.788-06, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto **“A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO À HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DOS PACIENTES COM DCNT – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”**, do qual sou responsável.

Por este termo, comprometo-me:

- a) A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- b) A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
- c) A não apropriar-me, pra mim ou para outrem, de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;
- d) A não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso as informações por intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo de informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade, assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornada a conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita e concedida a minha pessoa, pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Compromisso e Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Railda Alves da Silva Carone
Coordenadora de Humanização
Aluna do curso de Mestrado em Ciências da Saúde
Universidade de Santo Amaro - UNISA