



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCELLE MAYARA RAMOS DA SILVA

**A INTERVENÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E DE SAÚDE NA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL NA
CIDADE DE FORTALEZA**

FORTALEZA
2016

A INTERVENÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E DE SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL NA CIDADE DE FORTALEZA

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Esp. Adryana Estácio Trummer

FORTALEZA
2016

MARCELLE MAYARA RAMOS DA SILVA

A INTERVENÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR E DE SAÚDE NA
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL NA CIDADE
DE FORTALEZA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de
Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade
Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca
examinadora composta pelos (as) professores (as).

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Adryana Estácio Trummer
Orientadora

Profa. Ms. Virzangela Sandy Mendes
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

Prof. Ms. Assis Alencar Mota
Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica

DEDICATÓRIA

Deus primeiramente essa conquista, pois acredito que sem Ele não seríamos nada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família pelo apoio.

Às minhas amigas da faculdade pela paciência durante esses quatro anos Mayane, Cristiane, Norma, Ana Carla, Talita, Wanessa e ao único menino da sala, Antônio.

Aos meus professores (melhores professores): Assis, pela paciência e atenção no meu projeto de pesquisa; à minha coordenadora, Virzângela, que por diversas vezes fez mais que sua obrigação para me ajudar e não poderia deixar de agradecer e lembrar que serei eternamente grata; e por fim à minha orientadora, Adryana, que com suas doces palavras me incentivou a fazer e terminar esse trabalho, pois sua ajuda foi imprescindível realização desse sonho.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio e paciência.

"Rendam graças ao Senhor,
pois ele é bom;
o seu amor dura para sempre.

1 Crônicas 16:34

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi estudar a importância do trabalho da equipe de saúde desta instituição, por trabalhar na área hospitalar tinha interesse de conhecer o trabalho desses profissionais, desenvolveu-se um papel investigativo neste hospital com o intuito de investigar e esclarecer as demandas que são lançadas a essa equipe de Saúde. Sobre a forma de abordagem, foi feita entrevista com equipe de saúde interdisciplinar do Hospital, a entrevista foi voluntária e foram mantidos em anonimato os sujeitos participantes, tudo em obediência aos princípios que norteiam o trabalho de pesquisa em Serviço Social, expostos no código de ética e na lei que regulamenta a profissão. O trabalho da Equipe interdisciplinar é de extrema importância para o bom funcionamento do hospital, pois através da exposição dos problemas, é que são resolvidas as demandas de cada setor. Nas reuniões são debatidos e reajustados os pontos fracos com o intuito de procurar solucioná-los, também são realçados e valorizados os pontos fortes, como a valorização e o reconhecimento do trabalho bem feito pela equipe hospitalar. Os profissionais que se destacam são recompensados e reconhecidos pelos outros setores, com isso a equipe interdisciplinar está valorizando o trabalho desse profissional e incentivando os outros colegas. Aponta-se também as demandas postas a triagem, que consiste em uma avaliação feita pela equipe de enfermagem seguindo um protocolo médico de classificação de riscos e de prioridades do paciente, e por fim todos os entrevistados reforçam imprescindível o trabalho do Assistente Social nesta unidade de saúde, pois usa seus conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo de sua formação para melhor orientar essa população que carece de atendimento na emergência.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde. Interdisciplinaridade. Sistema Único de Saúde (SUS). Emergência.

ABSTRACT

The objective of the research was to study the importance of the work of the health team of this institution, because working in the hospital area had interest to know the work of these professionals, an investigative role was developed in this hospital in order to investigate and clarify the demands that are The interview was conducted with an interdisciplinary health team of the Hospital, the interview was voluntary and the subjects were kept on anonymity, all in obedience to the principles that guide the research work in Service In the code of ethics and in the law that regulates the profession. The work of the interdisciplinary Team is of extreme importance for the proper functioning of the hospital, because through the exposure of the problems, it is that the demands of each sector are solved. In the meetings, the weaknesses are debated and readjusted in order to solve them, the strengths, such as the valorization and recognition of the work well done by the hospital staff, are also emphasized and valued. The outstanding professionals are rewarded and recognized by the other sectors, with this the interdisciplinary team is valuing the work of this professional and encouraging the other colleagues. It is also pointed out the demands placed on the triage, which consists of an evaluation done by the nursing team following a medical protocol of risk classification and patient priorities, and finally all the interviewees reinforce the work of the Social Worker in this unit. Health, because it uses its knowledge and skills acquired throughout its training to better guide this population that needs emergency care.

Keywords: National Health Policy. Interdisciplinarity. Unified Health System (UHS).
Emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------------|---|
| IAPAS | Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social |
| IAP | Instituto de Aposentadoria e Pensão |
| LOAS | Lei Orgânica de Assistência Social |
| LOPS | Lei Orgânica da Previdência Social |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| SUS | Serviço Único de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Histórico do Monitoramento da Garantia de Atendimento | 41 |
|---|----|

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Perfil de reclamações no 13º ciclo | 42 |
|---|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE | 24 |
| 2.1 Caixas De Aposentadoria e Pensões (CAPS) | 25 |
| 2.2 Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) | 26 |
| 2.3 A saúde e a Ditadura Militar | 27 |
| 2.4 Política de saúde na década de 1980 | 29 |
| 2.5 Breve histórico da saúde no Governo Lula e Governo Dilma..... | 33 |
| 3 SAÚDE NO BRASIL..... | 37 |
| 3.1 A organização da saúde no Brasil..... | 38 |
| 4 INTERDISCIPLINARIDADE | 44 |
| 5 PESQUISA | 47 |
| 5.1 Análise de dados | 47 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 50 |
| REFERÊNCIAS | 52 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS) (2012), devido à precariedade dos atendimentos de urgência pediátricos no Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas, vem aumentando a procura pela saúde privada, ou seja, a busca por planos de saúde. A ANS informa que o primeiro semestre de 2012 encerrou com o registro de 47,9 milhões de vínculos de beneficiários de plano de assistência médica, em dezembro de 2000 esse número era de 30,7 milhões.

A ANS afirma, ainda, que esses beneficiários vêm se sentindo lesionados por causa da superlotação em hospitais de urgência pediátrica privada, sendo obrigados a passar mais de seis horas aguardando atendimento.

Segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE) (2013), essa lotação, na maioria das vezes, ocorre com mais intensidade em alguns períodos do ano, como em época das chuvas, que por sua vez traz consigo muitas doenças, como a Dengue, Chikungunya, Zika, viroses, resfriados, gastroenterites, entre outras. Isso desencadeia um processo de lotação ainda maior nesses hospitais.

De acordo com uma pesquisa feita pelo Datafolha, a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Paulista de Medicina (APM), 93% da população brasileira está insatisfeita com o atendimento do Sistema Único de Saúde. O levantamento aponta que os principais problemas enfrentados são a fila de espera, o acesso ao serviço e a gestão de recursos públicos. De acordo com o estudo, a saúde é apontada como a área de maior importância para 87% dos brasileiros. Para 57%, o tema que deve ser tratado como prioridade pelo Governo Federal.

Qualicorp (2015) afirma que a demanda por planos de saúde vem crescendo rapidamente no Brasil, em resposta a uma série de fatores como ambiente macroeconômico favorável, o aumento da criação de empregos formais e de profissionais liberais, crescente poder aquisitivo, envelhecimento da população e um histórico de limitações na qualidade e no acesso a serviços públicos de saúde.

Tal demanda, aliada a um histórico de limitações de acesso aos Planos de Saúde individuais ou familiares (principalmente em razão de preços, qualidade e disponibilidade), resultou em um forte crescimento da base de beneficiários nos últimos anos.

Afirma com a pesquisa atualizada da ANS que a entrada de planos de saúde no Brasil cresceu aproximadamente 50% desde o ano de 2001, alcançou mais de 50,6 milhões de usuários em setembro de 2014. Portanto em 30 de setembro de 2014 apenas 24,7% da população brasileira possuíam plano de saúde.

Baseando-se nesse contexto, foi desenvolvido um papel investigativo em um hospital de Fortaleza, referência em pediatria de urgência, por ser um Hospital privado que atende a essa demanda e tem um relacionamento profissional com diversos planos de saúde. Obtivemos informações nos documentos do próprio Hospital, seu fundador nasceu em Fortaleza-CE no dia 7 de agosto de 1920, formou-se em medicina em 1944, na faculdade de Medicina de Recife (PE) e torna-se estagiário no Hospital Infantil Manoel Almeida.

De 1950 a 1955 foi morar em São Paulo e continuou sua pós-graduação na Clínica Infantil do Ipiranga, em seguida é transferido para os Estados Unidos, onde cursa Pós-graduação no Babys Hospital, na Universidade Columbia, em Nova York, Quando retorna a Fortaleza, começa a trabalhar em um consultório particular no segundo andar do prédio Diogo. Em 1959, alugou uma casa na Avenida Heráclito Graça nº 60, onde abre um consultório médico. De alugada a casa passa a ser sua propriedade. Nesse Momento o Médico começa atender e internar crianças. Também funda a Associação de Assistência e Proteção a Infância de Fortaleza para amparar mães carentes que começaram a frequentar clínica para atendimentos dos filhos.

É eleito presidente da Sociedade Cearense de Pediatria e puericultura. Em 15 de dezembro de 1968, de forma pioneira implanta o primeiro plano de Saúde do Ceará, Carta Gis (Garantia Infantil de Saúde), que garante atendimento a toda a comunidade (do nascimento até os 15 anos de idade), no Hospital pronto Socorro Infantil. No dia 30 de outubro de 1969 é construído o Hospital pronto Socorro Infantil, na Avenida Francisco Sá, com todo um planejamento específico que um hospital requer. Em 1991 o fundador é eleito vice-presidente da Associação Brasileira de Hospitais.

Em 1997 o Hospital pronto Socorro Infantil, situado na Avenida Heráclito Graça nº 60, já contava com uma estrutura de 200 leitos, 10 consultórios e um corpo clínico com 50

especialistas, além de urgência e emergência e UTI neonatal. Em 28 de maio de 2003, morre aos 82, o médico fundador desta instituição. Em dezembro de 2014 o Hospital foi vendido para outro grupo de saúde empresarial, na qual o novo dono da instituição tem historia semelhante a do antigo dono, também médico conceituado no Estado do Ceará, começou seus empreendimentos através da criação de um Hospital de emergência, situado na Avenida Aguanambi, nº 1827, bairro de Fátima, Fortaleza/CE.

Desde o início das operações, até os dias de hoje, a unidade é considerada uma das mais modernas de Fortaleza. Na sequência, de acordo ainda com as informações obtidas no *site*, o fundador criou o grupo de saúde, plano moderno e acessível, com produtos diferenciados, que desde o lançamento em 1993, conquistou o mercado do Ceará. Com os planos de saúde, vieram as clínicas de diagnóstico e imagem, os laboratórios e as policlínicas. Com o objetivo de oferecer atendimento rápido e qualidade de serviços para seus associados.

Conta, também no *site* da instituição, que com 36 anos de história e uma estratégia balizada na verticalização dos serviços médico-hospitalares, o sistema de saúde atende 03 milhões de clientes em todo o território nacional. Hoje, essa rede de saúde é a maior operadora de saúde do Norte e Nordeste, com a maior rede de atendimento próprio das regiões, uma das duas maiores operadoras com capital próprio e genuinamente nacional e a terceira maior do País, em número de beneficiários.

Atualmente são 16.500 colaboradores diretos envolvidos na operação de 20 hospitais próprios, 71 clínicas médicas, 16 Prontos Atendimentos, 61 centros de diagnóstico por imagem e 57 laboratórios com diversos postos de coleta distribuídos nos 11 estados onde a operadora atua com rede própria.

A empresa também desenvolve ações por meio de Fundações, braço social do sistema de saúde. Na lista de projetos da entidade, há nos Bairros, “Sopão da Vida”, “Projeto Ilhas” e “Medicina Preventiva”.

Esse sistema de saúde alia tecnologia e humanização, sempre em busca do melhor para seus clientes. Para manter esse desempenho, aposta no desenvolvimento, realiza inovações constantes e vem investindo firme em infraestrutura e na capacitação de pessoal.

Já em outra pesquisa observamos que mesmo com quantidade razoável de médicos, observa-se que há morosidade no atendimento, é visível a insatisfação dos clientes devido à

espera pelo atendimento. Contudo, é isso que está sendo oferecido pela saúde privada, como relata Bravo (2010), até antes do Sistema Único de Saúde os indivíduos sofriam por falta de qualidade na saúde.

Segundo Bravo (2010), um dos fatos marcantes que houve na saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em março de 1986, em Brasília, o temário central visou à saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

Com o intuito de mudar essa realidade, essa instituição de saúde citada anteriormente, está crescendo e comprando estruturas e suas respectivas marcas concorrentes, deixando de atender alguns convênios credenciados para dar prioridade aos seus próprios usuários, pois sua rede vem aumentando muito nos últimos anos, possivelmente no futuro sofreremos com a monopolização da saúde privada, ou seja, por falta de hospitais para credenciamento, haverá falência dos outros convênios predominando assim a empresa mais forte do mercado.

Esse grupo de saúde comprou a marca e estrutura concorrente oficialmente em janeiro de 2015, contudo ao longo do tempo os profissionais da equipe de saúde e outros setores foram se adaptando a nova direção, aos novos pacientes e as novas rotinas de trabalho do hospital, sendo esse o foco da pesquisa.

Desta forma foi desenvolvido um trabalho de pesquisa que respondeu a pergunta: como se dá o trabalho da equipe de saúde na emergência pediátrica de um hospital na cidade de Fortaleza?

Levando em conta o triênio 2009-2012 em que trabalhei na recepção de um hospital de urgência pediátrica na cidade de Fortaleza, presenciando a lotação da ala pediátrica, e observando o trabalho de toda equipe, senti o desejo de saber como funcionam os demais setores do hospital, especificamente o trabalho da equipe de saúde. Perceber como é o relacionamento dessa equipe de trabalho na rotina diária e também como é o tratamento e o convívio com uma diversidade de pacientes, observar as demandas oferecidas a esses profissionais, como são tratados os empecilhos da rotina e a valorização desses colaboradores da saúde.

Desenvolvi interesse de estudar o planejamento da equipe de saúde em situações de lotação que ocorrem com maior frequência em alguns períodos do ano, como nos meses de janeiro a abril e também no período chuvoso. Percebi que essa situação tornava-se rotineira e exaustiva tanto para mim que acompanhava a demanda diariamente, como para a equipe de saúde e também para os pacientes que faziam do Hospital uma “segunda casa”, no entanto despertou-me o interesse em desenvolver a proposta pesquisa.

Nessa vivência profissional ouvia com frequência as queixas dos pais que se sentiam lesados ao chegar e deparar-se com a lotação, mas não por falta de médicos, pois os consultórios são sempre ocupados por uma quantidade razoável de médicos, porém devido à demora os pais seguem protestando e denunciando tal situação para a Agência Nacional de Saúde (ANS).

A equipe de saúde está sempre trabalhando da melhor forma possível para oferecer uma melhor qualidade no atendimento para os seus pacientes, porém não depende só de um profissional no atendimento, pois, na realidade, faz-se necessário a colaboração de todos os envolvidos para não prejudicar o beneficiário com a demora no atendimento. Deste modo, o resultado dessa pesquisa traz benefícios à sociedade, orientando os pacientes como agir e procurar valorizar esses profissionais da saúde.

Ainda que se retrate de serviços de natureza privada, a saúde constitui-se propriedade, direito e obrigação do estado como diz na política do Sistema Único de Saúde, que garante a universalidade de acesso e uma nova perspectiva setorial com um novo sobre a saúde individual e coletiva.

Ver a saúde pública sendo questão de prioridade e foco em discussões que junta e une os brasileiros é de suma importância para toda a sociedade. Embora a política de saúde seja uma das melhores do mundo, sabemos que não está sendo aplicada da melhor forma, contudo foi muito bem elaborada e é de interesse do público-alvo que essa política seja vista pelo governo de uma maneira especial e seus recursos sejam repassados corretamente para os devidos prestadores de serviços e que coloque em prática os serviços oferecidos por essa política.

A pesquisa de campo foi realizada em um hospital de urgência pediátrica na cidade de Fortaleza, um ambiente que representa o tema abordado, pois neste local aprendi e desenvolvi os conhecimentos adquiridos com a vivência da equipe de saúde e usarei esse

conhecimento como meio profissional que será utilizado como experiência profissional e acadêmica.

Contudo, pode-se observar o intenso fluxo de pacientes na movimentação diária do hospital como também a movimentação da equipe interdisciplinar. Cada profissional com sua individualidade e maneira diferente de trabalhar, mas também deixam visíveis as dependências em trabalhar juntos e mostram a importância de união na execução do trabalho.

O tema “saúde” tem sido um dos espaços de atuação dos assistentes sociais, sendo, portanto, objeto de pesquisa no âmbito de suas desenvolturas, haja vista que o profissional de serviço social atua com outros profissionais, um complementando o outro.

Apesar de suas crises e demandas há promessas de afirmação na melhoria de seus serviços prestados à sociedade, contudo há milhares de beneficiários cobertos por esse sistema de uma forma pública, por isso está sendo pesquisada com a intenção de acrescentar e ajudar a sociedade a conhecê-lo melhor.

Ao perceber que de alguma forma fazendo essa pesquisa ajudaria a orientar os pacientes sobre o trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar do hospital para melhor atendê-los neste ambiente, senti-me motivada e resolvi pesquisar para tentar esclarecer as dúvidas de muitos deles sobre o assunto que é de grande interesse para mim.

Temos como objetivos: compreender como se dá o trabalho da equipe interdisciplinar nesta instituição, Direção Administrativa, Médicos, Enfermeiros, Gerentes de Atendimento, Hotelaria, Manutenção, Nutricionista e Assistente Social, profissionais fazem parte da equipe interdisciplinar do hospital por meio de reuniões com toda equipe, que são feitas meses antes, podemos apontar o planejamento da equipe de saúde durante as lotações. As demandas postas a equipe de saúde da emergência passam pela triagem, que consiste em uma avaliação prévia feita pela equipe de enfermagem seguindo um protocolo médico de classificação de riscos e de prioridades do paciente, e, por fim, destaca-se a importância do trabalho da assistente social com os pacientes da emergência, tornando-se, assim, presença imprescindível.

Para esta pesquisa foi utilizada a metodologia qualitativa, que busca enfatizar as especificidades de um fenômeno em termos de sua origem e de sua razão de ser (HAGUETE, 1998, p. 63). A abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo.

O qualitativo é considerado fundamental nas Ciências Humanas atuais, lidando e explicando a compreensão de fenômenos por analisar seus significados.

É preciso manter a objetividade para estudar fenômenos em que também somos agentes e encontrar regularidades no comportamento sem levarmos em conta motivações pessoais. O elemento essencial na compreensão do fenômeno é o dimensionamento do seu significado (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

O que os autores querem nos dizer com a citação anterior é que uma pesquisa qualitativa apesar de trabalhar com a subjetividade, porém não se pode de certa forma deixar de sermos objetivos, digamos que uma complementa a outra, no sentido de interpretar e compreender os fenômenos no que se refere a sua dimensão, dando-lhe a devida importância.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, ambos sendo da mesma natureza há empatia aos motivos, às intenções e aos projetos dos autores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas. Todavia, deve-se tomar cuidado para não reduzir a compreensão do outro e da realidade a uma compreensão introspectiva de si mesmo (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 239).

A primeira etapa da pesquisa ocorreu por meio de pesquisa bibliográfica, na ocasião tirei como base às principais publicações como, os livros e as revistas e *sites* de artigos científicos, que me deu a possibilidade de compor a mesma.

Posteriormente foi realizada a pesquisa de campo com o objetivo de colher dados acerca de um determinado assunto específico a fim de obter respostas em que se pretende comprovar em relação à problemática proposta, ou a relação entre os fenômenos que possam explicar esta problemática.

Foi realizada pesquisa de campo que é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 69).

Foi feita uma entrevista com a equipe de Saúde do hospital de urgência pediátrica na cidade Fortaleza, situado no bairro Centro, de Fortaleza: Unidade de saúde referência em

pediatria no Estado do Ceará. Foi mantido em absoluto anonimato o nome das instituições que foram estudadas neste trabalho de conclusão de curso.

A instituição de saúde que completa 50 anos de existência começou com apenas um consultório no centro da cidade de Fortaleza, nasceu da determinação de seu fundador um médico renomado e muito reconhecido por seu trabalho desenvolvido na área, mais tarde reuniu amigos médicos e decidiram ampliar os investimentos na unidade de saúde.

Com o decorrer dos anos tornou-se o melhor hospital pediátrico do estado. Após a morte do médico fundador da unidade, esta passou a ser administrada pelos filhos, cujo mais velho ficou na direção e, posteriormente, pelos netos.

Desde 2012 que hospital passava por problemas financeiros, jornais e revistas noticiavam a possível venda e as prováveis ameaças de falir, até que em dezembro de 2014 foi fechado venda com outro grupo de saúde, que por sua vez começou uma grande reforma para o aproveitamento e a comodidade de seus clientes. O Hospital mantinha seu destaque através do excelentíssimo trabalho e profissionalismo exercido por seus colaboradores, que mantinham tratamento *vip* aos seus clientes.

Após a reforma o Hospital, que foi ampliado com intuito de melhorar e acolher bem seus clientes, o novo grupo passará a atender alguns convênios que o hospital atendia, aumentando, assim, mais ainda o fluxo de atendimentos diários.

O hospital conta com vinte e quatro consultórios, três salas de observações, uma sala de triagem, um centro cirúrgico, um consultório com dois chefes de plantão disponíveis vinte e quatro horas por dia para urgência e emergência e também conta com três postos de internamentos, sendo posto um com dez leitos, posto dois com doze e posto três com oito enfermarias de dois a três leitos.

O atendimento médico é feito por escala de diaristas e plantonistas, sendo que atendem de dez a quinze médicos durante o dia, e de quinze a vinte médicos à noite, durante os períodos de lotação. O atendimento das enfermeiras é por escala de seis horas, como o atendimento das técnicas e auxiliares de enfermagem, cada posto tem um médico responsável, uma enfermeira, três auxiliares e uma secretaria, são responsáveis por pacientes que ficam internados e necessitam de tratamento diário e contínuo, esses médicos e seus auxiliares fazem o acompanhamento direto com pacientes.

Na parte administrativa, podemos citar a direção administrativa, auditoria de prontuários eletivos e de urgência, hotelaria e manutenção, tecnologia da informação, serviços gerais, todos trabalham por escala podendo variar de acordo com cada setor do hospital, como a parte de recepção que fica responsável pela linha de frente do hospital, assim, os pacientes obtêm seu primeiro atendimento, trabalham cerca de seis horas por dia. Há, também, a parte de internação que é dividida por internação eletiva e internação de urgência, que trabalha numa escala de oito horas por dia.

O Hospital conta ainda com o Centro de Oncologia Pediátrica (COP) uma das partes mais delicadas do hospital devido à complexidade, delicadeza e gravidade dos casos que geralmente são tratados neste centro e por se tratar de tratamento a crianças com câncer, deve-se manter o local agradável e acolhedor no ato de atender especificamente cada um desses pacientes, conta com seis apartamentos, três técnicos, uma enfermeira-chefe e um médico diarista ou plantonista que acompanham os pacientes diariamente.

Na visita semanal da equipe interdisciplinar do hospital aos pacientes internos, passam os profissionais da área de Serviço Social, a gerente de enfermagem e a direção do hospital com o intuito de garantir um atendimento de excelência ao cliente.

Encontra-se no *site*, a visão do grupo de saúde, que almeja ser a melhor solução em gerenciamento da saúde com alta qualidade de serviços e assim atingir um milhão de vidas. A missão é “Satisfazer o cliente na promoção e manutenção de sua saúde com excelência de serviços e gestão eficiente de custos”. Os valores são:

- Justiça e Transparência nos Processos decisórios;
- Respeito e dignidade na relação com os colaboradores e parceiros;
- Busca constante de diferenciais tecnológicos e inovações;
- Garantir, com carinho, o padrão de excelência no atendimento ao cliente;
- Eficiência na gestão de recursos;
- Processos ágeis e respostas rápidas;
- Responsabilidade Social;
- Fortalecer os nossos serviços;
- Foco em Resultado;
- Oportunizar o crescimento do colaborador.

O objetivo da pesquisa de campo é coletar dados e juntar com a pesquisa teórica, serão avaliadas e comparativas a fim de concluir o assunto a ser pesquisado com êxito contendo a pesquisa científica.

Quanto aos sujeitos da pesquisa foram os profissionais atuantes na área pesquisada, pois dentre os componentes da equipe interdisciplinar do hospital foi selecionada apenas uma parcela da população mencionada abaixo. Foram entrevistadas cinco pessoas, dentre elas médicos, gerentes de setores administrativos do hospital, enfermeiros e a Assistente Social. A escolha deste grupo foi feita pela proximidade com o tema estudado.

Os médicos e os pacientes assumem papel de protagonistas no meio pesquisado, devido à suma importância que representam para o trabalho da equipe interdisciplinar, pois a especificidade do trabalho de toda essa equipe é única e exclusivamente para garantir a qualidade e satisfação do cliente. Além de intermediar conflitos a equipe deve acompanhar, intervir, articular cada conflito de maneira que garanta especificidade dos casos que se propuseram a resolver.

Como técnica e instrumental foi feita a entrevista “que é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assuntos, mediante uma conversação de natureza profissional [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 80), a entrevista tem como objetivo obter informações do entrevistado sobre um determinado assunto ou problema, neste caso utilizará a entrevista estruturada que é aquela que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas aos indivíduos são premeditadas (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 82).

Sobre a forma de abordagem, foi uma entrevista com equipe de saúde interdisciplinar do hospital. A abordei de forma ética, mantendo em sigilo todo o diálogo abordado e o nome da instituição. Nesse sentido, a entrevista foi voluntária e não houve remuneração quanto à participação na pesquisa. Serão mantidos em anonimato os sujeitos participantes da entrevista, tudo em obediência aos princípios que norteiam o trabalho de pesquisa em Serviço Social, expostos no código de ética e na Lei que regulamenta a profissão.

Encontrei dificuldades para aprovação do projeto de pesquisa por parte que da direção do hospital, que não liberou de imediato o estudo e após impor alguns critérios para a aprovação do projeto, como retirar o nome da instituição, foi liberado. Encontrei dificuldade

também na execução da pesquisa, pois devido à correria da equipe de saúde em realização das demandas diárias não sobrava tempo para a participação na pesquisa.

Após a aprovação, convidei cinco profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar do hospital para a realização da pesquisa de campo, entre elas duas enfermeiras coordenadoras da emergência, uma gerente de hotelaria e manutenção, um médico-diretor e clínico do hospital e uma assistente social. A pesquisa foi feita em uma semana por causa da falta de tempo dos profissionais convidados. Todos contribuíram de bom grado, senti-me satisfeita com a realização da pesquisa, pois obtivemos as respostas dos objetivos da presente pesquisa. Nesta pesquisa será abordado o trabalho dessa equipe de saúde e mostraremos, também, a questão da saúde de modo geral.

2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Bravo (2001) apresenta a saúde no Brasil como um direito conquistado depois de muita luta e sofrimento da classe mais vulnerável da sociedade brasileira, mostra também uma trajetória da política de saúde, antecedentes da ação estatal aos dias atuais e articulação sócio-histórica. Com o crescimento populacional de moradores vindos do interior para as grandes cidades, houve também os problemas de saúde que passaram a interferir na economia do País.

O fato é que não existia um sistema de saúde para atender a demanda de toda a população brasileira, é claro a falta de interesse do estado e a omissão de investimentos públicos na saúde. Os doentes contavam com a boa ação dos remédios caseiros e as crenças populares da rezadeiras, onde eram demonstrados ali os conhecimentos empíricos adquiridos da natureza que eram passados de gerações em gerações até os dias atuais.

A população vulnerável tinha como opção, atendimento nos hospitais de caridade, os indivíduos podiam contar com as moças da caridade onde a filantropia entrava em ação, as moças da caridade realizavam seus trabalhos sem cobrar nenhum valor sequer aos necessitados.

Bravo (2001) apresenta a saúde no Brasil como um direito conquistado depois de muita luta e sofrimento da classe mais vulnerável da sociedade brasileira, apresenta também uma trajetória da política de saúde, antecedentes da ação estatal aos dias atuais e articulação sócio-histórica.

“Com a industrialização nos países centrais a assistência á saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. No século XX, está interferência será aprofundada com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas”.

Enfoca-se-á o início da intervenção do Estado no setor, mais efetivamente na década de 1930; as alterações ocorridas com o golpe militar de 64 que instaurou a ditadura do grande capital e, na saúde modelo de “privilegiamento do produtor privado”, as modificações da década de 1980 que culmina com a promulgação da constituição de 88 que inauguram novo sistema que universaliza a saúde (BRAVO, 2001, p. 2).

Bravo (2001) relata, ainda, que a intervenção estatal só vai ocorrer no Brasil no século XX, na década de 1930, a assistência médica era pautada pela filantropia e na prática liberal. No século XXI por conta das transformações econômicas e políticas algumas surgiram no campo da saúde pública, já nos últimos anos do século aparecem reivindicações dos movimentos operários e surgem também iniciativas de organizações no setor de saúde que a partir da década de 1930 seriam aprofundadas.

2.1 Caixas De Aposentadoria e Pensões (CAPS)

Podemos concordar com Bravo (2001) quando este autor cita a questão social como um meio de emergir a saúde no Brasil, pois há sofrimento maior para as classes mais vulneráveis, podemos observar que, sempre há quem tire vantagens sobre a classe trabalhadora. Contudo no período de 1922, houve questionamentos sobre a questão de higiene e saúde dos trabalhadores, sendo tomadas algumas iniciativas como as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), logo mais tarde em 1930 ficou conhecida como a Lei Eloi Chaves, caixas eram financiadas pelos trabalhadores, pelas empresas e pela união, eram organizadas pelas próprias empresas de modo que somente os grandes estabelecimentos tinham condições de manter-se.

Os presidentes das caixas de aposentadorias e pensões (CAPS) eram escolhidos pelo presidente da república e os demais administradores, eram os patrões das grandes empresas e alguns funcionários, os benefícios eram distribuídos de acordo com o valor da contribuição de cada trabalhador, ou seja, quanto maior valor da contribuição, mais benefícios o trabalhador tinha direito. Dentre os benefícios ofertados destacamos dois, como a assistência médica-curativa e fornecimentos de medicamentos.

Conforme aponta Bravo (2001), a luta dos trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador, que também lutaram pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em suas empresas, os Ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só o conseguiram após 1930.

Como presidente, Getúlio Vargas, em 1930, ficou conhecido como o “pai dos pobres” e faz seu primeiro decreto que mostrava uma atenção diferenciada centralizando e unificando a saúde. Partir de 1930 ocorreu-se muitas alterações na sociedade brasileira,

podemos apontar a industrialização como um dos principais fatores processos dessas alterações, verse-se também a redefinição do papel do estado e o surgimento das políticas sociais e outras reivindicações dos trabalhadores.

Na década de 1920, segundo Bravo (2001), as questões sociais em geral e as de saúde em particular, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Houve a necessidade de transformar-se em questão política, com intervenção estatal e a criação de novos aparelhos, que de algum modo, contemplasse os assalariados urbanos, que se caracteriza como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação.

Ênfase nas campanhas sanitárias;
Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1930, pelo Departamento Nacional de Saúde;
Interiorização para das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
Criação de serviços de combate a endemias (serviço nacional de febre amarela, 1937; Serviço de malária do Nordeste, 1930; Serviço de malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller de origem norte americana);
Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Sob o domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Problemas sociais que de fato, influência na questão da saúde, tanto do trabalhador quanto da população que vive em situação vulnerável e vítima da questão social naquele período.

Bravo (2001) traz, com base em Braga e Paulo (1986, p. 53-55), as principais alternativas adotadas para a saúde pública, período de 1930 a 1940.

2.2 Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS)

A medicina preventiva surgiu na década 1930, com a criação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de

assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ampla.

A política de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950, segundo Bravo (2001). O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, convênios como órgãos do governo americano e sobre o patrocínio da fundação Rockefeller. O SESP foi uma iniciativa da saúde pública para proteger os trabalhadores da Amazônia e era financiada pelos americanos por tinha interesse na borracha, fez parte da saúde pública que vinham combatendo as epidemias da época, os agentes percorriam o país com intuito de prevenir as doenças.

No final dos anos 1940, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia: a saúde foi posta como um das finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado.

Bravo (2001) afirma também que logo entre 1945 a 1964, apesar dos gastos mais favoráveis com a saúde, houve uma melhoria nas condições sanitárias, porém não conseguiu diminuir o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e também a mortalidade geral. Os centros de saúde vinham sendo influenciados pelos modelos americanos com médicos especialistas e equipado com os equipamentos modernos e diversos medicamentos.

Monta-se a partir dos anos 50 a estrutura hospitalar de natureza privada e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses da classe capitalista era a mais organizada e através de suas estratégias pressionava o estado para garantir o financiamento da saúde privada, defendiam claramente a privatização da saúde. Apesar das pressões os atendimentos médicos previdenciários eram fornecidos pelos próprios institutos (BRAVO, 2001, p. 5).

A corporação médica defendia claramente a privatização da saúde e com isso usam estratégias para garantir que os institutos passassem a investir na Saúde privada usando dinheiro dos contribuintes para financiar seus investimentos em materiais de primeira geração que eram utilizados nestas instituições.

2.3 A saúde e a Ditadura Militar

A ditadura não significou a resolução dos problemas dos brasileiros, ao contrário, apenas mascarou os problemas estruturais tornando mais complexos.

A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mais aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. (BRAVO, 2001, P. 6)

Para Bravo (2001), a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social.

O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207) foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de que privilegiava o produtor privado com as seguintes características:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista, e articulação do estado com os interesses dos do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalar;
Criação do complexo médico – industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação á clientela e das finalidades que essa prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (BRAVO, 2001, p. 7).

Segundo Bravo (2001), a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da

previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. Getúlio Vargas cria o Ministério da Saúde com o intuito de fortalecer as ações da saúde pública com foco na medicina preventiva.

Bravo (2001) retrata, ainda, que houve no governo de Jânio Quadros uma nova esperança para os beneficiários dos novos IAPs tinha uma grande quantia em dinheiro e com isso foi investido em novos hospitais, porém algumas empresas não estavam satisfeitas com o atendimento médico que era prestado pelos IAPs. Surge então a medicina de grupo, onde as empresas prestavam serviços á médicos privados aos empregados das empresas que os contratam, visto como vantagens, funcionários que faltassem menos ao trabalho e uma melhor seleção de mão de obra.

A partir de 1964, enquanto as pessoas vão às ruas em busca por seus direitos, como saneamento básico e saúde, questionavam se a saúde é pública ou privada. Enquanto isso o governo unifica a todo o sistema previdenciário IAPs e outros institutos, formando o Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões (INPS) e o povo questionou para onde ia todo o dinheiro arrecadado, já que o instituto passou a ser nacional e de fato o governo começou a investir em aberturas de estradas e usinas. O governo também financiou a construção de hospitais atrás da iniciativa privada que beneficiava os trabalhadores inscritos na Previdência Social.

Os representantes são contra a censura que encobre a epidemias, enquanto os hospitais públicos são expandidos e ficam mais ricos com o dinheiro dos trabalhadores. Foi anunciado que Previdência estava falida, estrutura de Getúlio não estava resolvendo as coisas. Quando o INAMPS ofereceu investimentos a hospitais particulares eles aceitaram e quando já estavam ricos descredenciaram.

2.4 Política de saúde na década de 1980

Em 1980 a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste ate os dias atuais. As decepções com

a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO, 2001, p. 8).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas entidades, que ultrapassam o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no congresso para a discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001, p. 9).

No primeiro movimento de saúde, que foi organizado por um grupo de mulheres, sanitaristas e estudantes estavam reunidos para obter postos de saúde, ônibus creches e etc. enquanto deputados questionavam as fiscalizações do dinheiro arrecadado pelo INPS que financiava as obras sem fiscalização. Por causa da censura a população não era avisada sobre a epidemia de meningite.

Foram eleitos representantes da comunidade para ser a voz na reivindicação pelos direitos da população. Os trabalhadores da saúde, estudantes e representantes das comunidades.

O fato marcante e fundamental para a discussão de saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª conferência nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O tema central versou sobre: I A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de saúde, III financiamento setorial (BRAVO, 2001, p. 9).

Aponta ainda a autora que a 8ª conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Diz ainda que os debates saíram de seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudo e Saúde (CEBES), Medicina preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos

políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a reforma Sanitária.

Bravo (2001) relata, ainda, que o processo constituinte e a promulgação da constituição de 1988 representou, no plano jurídico, o processo de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Segundo Bravo (2001, p. 10 *apud* TEIXEIRA, p. 50-51, 1989) os principais aspectos aprovados na nova constituição foram:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Bravo (2001) retoma, ainda, que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação

administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2001 p. 12).

A burocratização da reforma sanitária, segundo Bravo (2001, p. 12 *apud* FLEURY 1989) afasta a população da cena política, despilitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador – imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário – que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera – se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990.

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (BRAVO, 2001, p. 13 *apud* PEREIRA, 1995).

Algumas questões, de acordo com Bravo (2001), comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

O fato é que com todos os resquícios de ineficiência o SUS trazia também uns possíveis atos de corrupção e poucos investimentos na saúde.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2001 p. 15 *apud* COSTA, 1996).

A universalidade do direito, segundo Bravo (2001, p. 15), foi um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico.

2.5 Breve histórico da saúde no Governo Lula e Governo Dilma

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa divisão de setores, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. Com relação à saúde, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 1990, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista (BRAVO, 2001, p. 15-16).

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p. 16).

Bravo (2001), com relação à estrutura do Ministério, destaca a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto que, uma das medidas fundamentais para

a questão de recursos humanos refere-se à NOB (Norma Operacional Básica) de Recursos Humanos e esta ainda não foi implementada. Bravo (2001) fala sobre a criação da secretaria de atenção a saúde que visou unificar as ações básicas a saúde, ambulatoria e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde; e também foi criada a Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação (BRAVO, 2001, p. 17).

Mesmo sendo um direito universal o SUS (Sistema Único de Saúde) não atendia com precisão, pecavam com falta de uma organização que administrasse de forma que fosse garantido a todos os princípios básicos que fora garantido e assegurado bem no começo de sua criação.

Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re)organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência (BRAVO, 2001, p. 18).

Bravo (2001) enfoca outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se à ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. A

incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção destes que tem sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político-partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação, mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável.

Segundo Bravo (2001, p. 20 *apud* SOARES, 2004), esperava-se do Governo Lula o fortalecimento do SUS. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, considera-se que estes últimos estão sendo cada vez mais fortificados. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida, pois, com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “antipolítica” social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (Soares, 2004).

O Governo Dilma apresenta uma pequena modificação na saúde, como podemos observar em suas propostas a presidenta tem como objetivo tratar a saúde pública como prioridade. Nas suas propostas era ressaltada a importância de acompanhar a qualidade dos serviços de saúde, o apoio do governo federal e destacava a importância dos seus beneficiários.

O ministro da Saúde, em seu discurso de posse, sinaliza que uma das suas prioridades de gestão e objetivo principal do ministério será garantir o acesso e o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas. Alexandre Padilha propôs a definição de um indicador nacional sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde que auxiliasse o monitoramento da situação em todo país. Além disso, Padilha defende que a saúde ocupe lugar no centro da agenda de desenvolvimento (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 35).

Segundo Bravo (2011), o Ministro da Saúde da presidente da república priorizou e fez solicitações pedindo atenção para a saúde da mulher e da criança, o que constitui a chamada rede cegonha que envolve cuidados desde os primeiros dias da gestação até os

primeiros anos de vida da criança. Programa lançado em março de 2011. Outra solicitação foi com relação à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado das mulheres acometidas pelos cânceres de mama e colo de útero. Ainda em fevereiro de 2011 é lançado o programa que da origem as farmácias populares por todo o Brasil, novo padrão de farmácias com diversos medicamentos de baixo custo para atender qualquer classe social e atendendo um público, mas carente, com o foco em remédios para hipertensão e diabetes. Foram criadas também as UPAS (unidade de Pronto Atendimento 24 horas) em todo território nacional, com o objetivo de desafogar os grandes hospitais e fixando profissionais da saúde.

Com relação ao modelo de gestão para a saúde, o governo anterior apresenta a medida provisória (MP) 520, em 31 de dezembro 2010, que autoriza o poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, uma empresa pública de direito privado, ligada ao ministério da educação para reestruturar os hospitais universitários (HUs) federais. Cabe destacar que a MP apontava para a possibilidade da nova empresa pública administrar quaisquer unidades de saúde hospitalares no âmbito do SUS. Em junho de 2011, o prazo de votação da MP se encerrou. Dessa forma, o governo recolocou EBSERH como projeto de Lei (PL1749/2011), mantendo a proposta original quase na sua totalidade. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi criada peça lei n.12.550, sancionada pela presidenta Dilma Rousseff, no dia 15 de dezembro de 2011, apesar da XIV conferência Nacional de Saúde ter questionado e votado contra a proposta. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 37).

Ainda no Governo Dilma é lançada, segundo Bravo (2011), a proposta de universalizar a saúde por meio de planos e seguros privados e não mediante a serviços públicos no âmbito do SUS. É ferido o preceito da saúde como direito a saúde ao se referir a saúde como mercadoria e ser mais amplamente consumida por classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento. Afinal, a instituição desse sistema de saúde poderia levar a falência do SUS, fazendo com que os trabalhadores assalariados procurem por outros sistemas de saúde, como o privado, por exemplo, como houve na década de 1990 com o sucateamento do Sistema Único de Saúde.

3 SAÚDE NO BRASIL

O presente estudo tem por objetivo compreender o trabalho da equipe de saúde na emergência de um determinado hospital infantil na cidade de Fortaleza, teve como fundamentação teórica a análise das seguintes categorias: saúde, políticas públicas de saúde e a interdisciplinaridade.

Sobre o tema saúde, há todo um contexto que estudamos, desde o começo de sua história até os dias atuais, essa categoria é um dos assuntos mais tratados no Brasil e no mundo por indivíduos de todas as classes sociais.

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura.
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Com os limites que eram impostos pelos ministérios, a saúde era apenas uma divisão de atividades, mantidos na maioria das vezes por autarquias e fundações.

Conta-se a história da saúde no *site* do ministério da saúde (2016), e após anos depois da criação do ministério, foi criado o departamento de endemias rurais em 1956, “tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas, Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas”.

A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes.
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Ao falar de saúde bem no início, falamos também da falta de oportunidades, ambientes saudáveis, moradias dignas e situação de alta vulnerabilidade social. Como informa o Portal Saúde “No início dos anos 1960, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per

capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento”.

Da gratuidade da filantropia era que o indivíduo em situação de pobreza tinha acesso a saúde, porque só quem usufruía desse direito eram os trabalhadores de carteira assinada, que por meio de contratos e acordos pagavam uma taxa que assegurava a aposentadoria e a saúde. Através das Conferências Nacionais de Saúde, é que se organizavam os serviços de assistência médica era proposta uma reorganização.

Leis que abrangem de uma maneira geral todos de forma universal, esse direito foi conquistado através de inúmeras lutas e movimentos feitos por pessoas que não estavam conformadas com a situação de menosprezo que a saúde estava passando no Brasil. Contudo houve resistência da parte governamental, uma questão a ser pensada é, por que investir tão caro com a implantação desse sistema se a maioria da população (que trabalha, paga seus impostos e tem renda fixa não depende do governo e muito menos dos serviços da saúde publica) tem condições para garantir seus tratamentos de saúde.

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (LEI nº 8080, 1990).

A partir dessa lei, fica regulamento o serviço de Saúde em todo território nacional, sem restrição de pessoas, ou seja, o Sistema Único de Saúde torna-se um direito um direito de todos e com sua universalidade garante saúde gratuita para todo e qualquer individuo do Brasil, torna-se também integral, assim com as ações devem ser promocionais, protetivas e de recuperação a Saúde e por fim a equidade, que por sua vez vai defender o direito ao atendimento justo.

3.1 A organização da saúde no Brasil

A saúde no Brasil é organizada por entidades públicas e privada, de modo geral, a maior parte da população brasileira é atendida pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 2º [...] “a saúde é um direito fundamental do ser humano”, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Promover uma saúde de qualidade a todos independente de classe social.

Na Cartilha do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, (2004) Humberto Costa, ex-ministro da saúde, afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, complementa ainda que o Sistema Único de Saúde além de representar um conjunto de ações e serviços de saúde tem por finalidade promover maior qualidade de vida para toda a população brasileira, garantindo o acesso das pessoas a uma assistência integral à saúde com equidade, trás para o setor da saúde um novo panorama de questões e exigências com as quais as diferentes organizações precisam conviver na busca do cumprimento do que manda a constituição.

De acordo com Tavares (1999) devido à precariedade da saúde pública surgem as propostas da saúde privada no Brasil da década de 1960 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados.

Estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. O conceito evoluiu e prosperou em todo o país e, em 1997, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros. Outra modalidade que se apresenta é a das cooperativas médicas, regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo.

Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos, familiares e individuais. As cooperativas prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados (médicos e outros profissionais da área de saúde), segundo suas contribuições ao esforço comum. Em 1997, cerca de dez milhões de brasileiros estavam filiados a esse sistema.

Há também a modalidade da autogestão como o próprio nome dá a entender tem origem entre os grandes empregadores, que gerenciam planos próprios de saúde para seus funcionários mediante contratação ou credenciamento de médicos e serviços, e de convênios com hospitais.

A empresa que implanta a autogestão estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e coberturas. Em 1997, o sistema de autogestão atendia no Brasil cerca de 09 milhões de pessoas.

Finalmente, tem-se o modelo do seguro de saúde, inteiramente diverso do conceito dos planos de saúde. Nesse caso, são empresas seguradoras que atuam na área da saúde suplementar, da mesma forma que em seus outros segmentos. O seguro de saúde surgiu como planos de custeios, garantindo aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais por meio do reembolso de despesas.

Os seguros de saúde evoluíram e atualmente, além do sistema de reembolso, trabalham com hospitais, médicos e laboratórios referenciados, sem prejuízo da livre escolha. O segurado é assistido sem a necessidade de desembolso prévio. Em 1997, as seguradoras assistiam a cerca de 5,3 milhões de brasileiros.

As estimativas atuais são de que o setor da saúde suplementar, seja por planos de saúde ou de seguro, cobre mais de 41 milhões de brasileiros, o que corresponde a 25,6% da população do país. A precariedade dos serviços públicos de saúde tem levado ao rápido crescimento dos sistemas de saúde privados: entre 1987 e 1995 o número de pessoas que se filiaram à medicina suplementar aumentou 38%.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (2015), atualmente, existem 1,4 mil operadoras de planos de saúde com registro ativo e 1,2 mil com beneficiários. Ao todo, são 50,8 milhões de consumidores em planos de assistência médica e 21,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

Em 2014, foram realizadas 56 milhões de terapias, 280,3 milhões de consultas médicas, 9,7 milhões de internações e 763 milhões de exames complementares.

Após avaliar esse breve histórico, percebe-se que o insucesso do Sistema Único de Saúde contribuiu para implementação da saúde privada, que por sua vez está deixando seus clientes insatisfeitos. De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS) são recebidas inúmeras denúncias de clientes insatisfeitos com seus planos de saúde e com isso são abertas as reclamações e são averiguadas pelo órgão fiscalizador, como é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Histórico do Monitoramento da Garantia de Atendimento

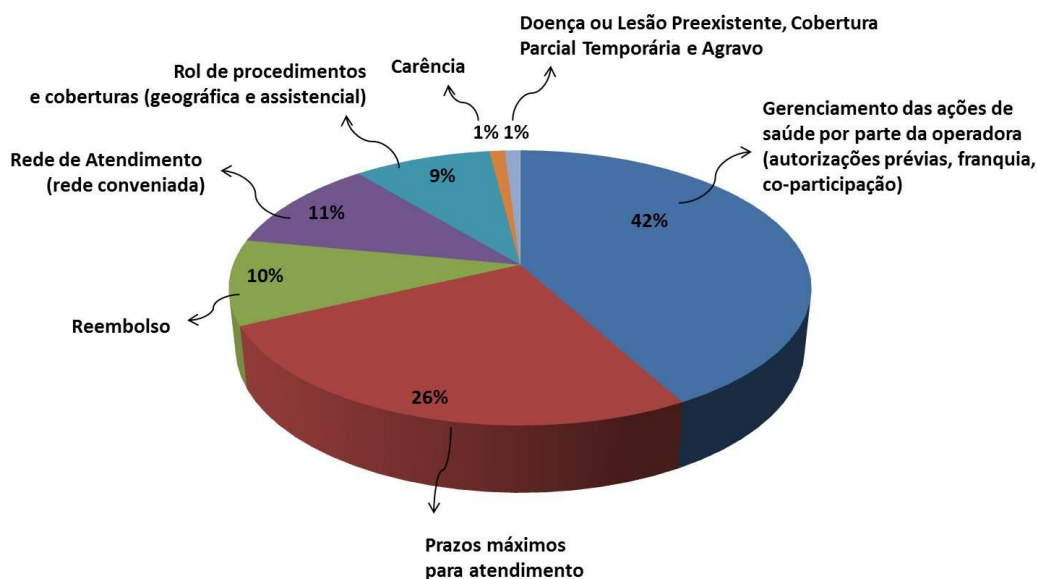
| Ciclo | Período | Total de Reclamações | Operadoras com planos suspensos no período | Planos suspensos no período |
|------------------|--------------------------------|----------------------|--|-----------------------------|
| 1º ciclo | 19/12/2011 a 18/03/2012 | 2.981 | 0 | 0 |
| 2º ciclo | 19/03/2012 a 18/06/2012 | 4.682 | 37 | 268 |
| 3º ciclo | 19/06/2012 a 18/09/2012 | 10.144 | 38 | 301 |
| 4º ciclo | 19/09/2012 a 18/12/2012 | 13.600 | 29 | 225 |
| 5º ciclo | 19/12/2012 a 18/03/2013 | 13.648 | 0 | 0 |
| 6º ciclo | 19/03/2013 a 18/06/2013 | 17.417 | 26 | 246 |
| 7º ciclo | 19/06/2013 a 18/09/2013 | 15.158 | 41 | 150 |
| 8º ciclo | 19/09/2013 a 18/12/2013 | 17.599 | 47 | 111 |
| 9º ciclo | 19/12/2013 a 18/03/2014 | 13.079 | 36 | 161 |
| 10º ciclo | 19/03/2014 a 18/06/2014 | 13.009 | 28 | 123 |
| 11º ciclo | 19/06/2014 a 18/09/2014 | 12.031 | 16 | 65 |
| 12º ciclo | 19/09/2014 a 18/12/2014 | 13.921 | 11 | 70 |
| 13º ciclo | 19/12/2014 a 18/03/2015 | 11.007 | 22 | 87 |

Fonte: Agência Nacional de Saúde (2015).

No período de 19/12/2014 a 18/03/2015, a ANS recebeu 21.294 reclamações de beneficiários de planos de saúde. Todas foram tratadas pela mediação de conflitos, sendo que 6.621 eram relacionadas a temas não assistenciais (contratos e reajuste, por exemplo) e 14.673 referentes à cobertura assistencial. Dessas últimas, 11.007 foram consideradas pelo programa de Monitoramento. Foram excluídas as reclamações sobre planos de operadoras em portabilidade de carências ou em liquidação extrajudicial, que já não podem mais ser comercializados, uma vez que as empresas estão em processo de saída ordenada do mercado. No universo avaliado, 85,17% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) (ANS, 2015).

A ANS relata, ainda, que cada reclamação feita tem seu perfil como analisaremos na Figura 1 que mostra o perfil de reclamações no 13º ciclo (em %).

Figura 1: Perfil de reclamações no 13º ciclo



Fonte: Agência Nacional de Saúde (2015).

Dos resultados obtidos são: 22 operadoras com planos suspensos, 87 planos com comercialização suspensa, 3,2 milhões de consumidores protegidos, 34 planos reativados, 2 operadoras com reativação total de planos (4 produtos), 7 operadoras com reativação parcial de planos (30 produtos). Percebe-se também que há uma grande falha na saúde privada, deixando cair o nível de seus atendimentos.

A saúde no Brasil é apresentada com falhas, devido a isso os usuários desse direito carecem de melhorias e uma reatualização desse sistema, cabe a aos órgãos estatais executar com eficiência a essência dessa política. Podemos analisar nos gráficos a falta de organização também da saúde privada, que na verdade surgiu como um meio de solucionar o fracasso do sistema único de saúde, onde os indivíduos pagam antes pelo serviço, na garantia de um bom atendimento quando necessitasse. Toda essa desorganização reflete também na equipe de saúde dos hospitais.

Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

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

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

Estado não exclui o direito das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Constituição Federal de 1988, no Artigo 196, diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado deve garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos do mundo, de acordo com o Portal da Saúde (MS), (2015). Ele abrange desde o atendimento simples ambulatorial até o mais complexo com transplantes de órgãos, garante acesso integral, universal e a gratuidade para toda a população do país. Enquanto o dever do estado é garantir a saúde a todos, o dever da saúde privada limita-se apenas a seus beneficiários, então comparando o número de usuários do SUS com os usuários dos Convênios nota-se a grande vantagem que tem os planos de saúde sobre o Sistema Único de Saúde, quando se refere à quantidade, sabe-se que é bem menor. Vale ressaltar que os usuários de planos de saúde usam também dos benefícios oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

4 INTERDISCIPLINARIDADE

Rosemary (2007) informa sobre a importância da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, podemos observar que todas têm particularidades e especificidades, mas que acabam se encontrando e se completando. Já no caso da interdisciplinaridade, percebe-se um foco na disciplina, ou seja, uma maneira organizada de realizar seus objetivos.

A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos. A segunda implica um nível maior de relação entre as disciplinas. A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada. A transdisciplinaridade iria mais além: não se restringiria às interações e a reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe a ausência de fronteiras entre elas. Muitos pesquisadores situam a saúde nesse campo (COSTA, 2007).

O trabalho da equipe interdisciplinar é de fundamental importância, pois está ligada diretamente às operadoras de saúde, ao SUS (Sistema Único de Saúde) e ao paciente, em que a equipe interdisciplinar manterá uma relação com o paciente. Sobre a vertente da equipe interdisciplinar pode possibilitar a realização de um trabalho mais integrado e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos profissionais da saúde sobre o seu próprio trabalho, como no quesito qualidade do resultado do trabalho de todos, pois afinal de contas, a junção de uma boa equipe interdisciplinar é de extrema importância para o núcleo de saúde.

Segundo Fazenda (1999), podem-se dividir os primeiros estudos das questões da interdisciplinaridade em: 1970- construção epistemológica da interdisciplinaridade, em busca de uma explicitação filosófica, procuravam a definição de interdisciplinaridade. 1980- explicitação das contradições epistemológicas decorrentes dessa construção, em busca de uma diretriz sociológica, tentar explicitar um método para a interdisciplinaridade. 1990- construir uma nova epistemologia, a própria da interdisciplinaridade, em busca de um projeto antropológico, construção de uma teoria da interdisciplinaridade. A autora acrescenta ademais, que o movimento surgiu na Europa, principalmente na França e na Itália, em meados de década de 1960, época em que os movimentos estudantis reivindicavam um novo estatuto de universidade e escola, como tentativa de elucidação e de classificação temática das propostas educacionais que começavam a aparecer na época. No Brasil a interdisciplinaridade chegou ao final dos anos sessenta e, conforme Fazenda (1999), com sérias distorções, como um modismo, uma palavra de ordem a ser explorada, usada e consumida por aqueles que se lançam ao novo sem avaliar a

aventura. Diz ainda que, no início da década de 1970, a preocupação fundamental era a de uma explicitação terminológica (FORTES, 201?, p. 5 *apud* FAZENDA, 2009).

De acordo com a citação anterior, pode-se observar a trajetória das questões interdisciplinares isso mostra a busca por um projeto antropológico e construção da sua própria teoria, surge na Europa, na mesma época que movimentos estudantis, na década de 60 e surge no Brasil já no final da década de sessenta.

Interdisciplinaridade é definida por Mourão (2002, p. 51) como “axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo (mas não necessariamente) para criação de campo de saber ‘autônomo’”. O trabalho desses profissionais no hospital é de total importância para o crescimento e a organização da mesma, contudo manter uma equipe bem estruturada como essa faz o ambiente de trabalho mais profissional e eficaz.

Ainda como diz Mourão (2002, p. 53) a proposta da interdisciplinaridade convive na prática com uma “sombra” espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõe barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis”.

Severino (2010, p. 11) afirma que a interdisciplinaridade é uma tarefa inacabada, pois ainda não conseguimos definir com precisão sua definição.

A conceituação de interdisciplinaridade é, sem dúvida uma tarefa inacabada: até hoje não conseguimos definir com precisão o que vem a ser essa “vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas”. É que a situação de interdisciplinaridade é uma situação da qual não tivemos ainda uma experiência vivida e explicitada, sua prática concreta sendo ainda processo tateante na elaboração do saber, na atividade de ensino e de pesquisa e na ação social” (SEVERINO, 2010, p. 17).

A interdisciplinaridade unificada e convergente como diz Severino (2010, p. 17). “Daí, se uma visão interdisciplinar, unificada e convergente, se faz necessário no âmbito da teoria, ela será exigida igualmente no âmbito da Prática, seja ela a prática da intervenção social, prática pedagógica ou prática da pesquisa”.

Para os integrantes da equipe interdisciplinar na saúde é um grande desafio, se observarmos o trabalho da equipe diariamente, necessita de profissionais qualificados que se identifiquem e tenham um vasto conhecimento na área que atuam. Todo conhecimento e experiência devem ser usados junto ao paciente com o apoio e parceria de toda a equipe.

Uma equipe de saúde bem estruturada alcança excelentes resultados quando se tem um olhar mais crítico. Quando trabalhamos com vidas, temos a consciência de que não é apenas mais um trabalho comum, tão pouco alguns profissionais no mercado, estamos falando de vidas, que ficam sob responsabilidade de outras vidas.

Segundo Rocha e Ximenes (*apud* FOSP, 1997, p. 23,) a interdisciplinaridade representa uma tentativa de interpretação global da existência humana; apresenta-se como remédio para a fragmentação das disciplinas deixadas pelas especialidades, porém com uma atitude que impede o estabelecimento da supremacia de certa ciência em detrimento de outras. No dia a dia ela se manifesta na integração e reciprocidade dos conhecimentos das diversas áreas e no esforço em reconstruir a unidade do paciente que nos apresenta fragilizado no seu corpo, nas suas relações pessoais e sociais, na sua emoção.

O trabalho da equipe interdisciplinar, quando realizado de forma ética e profissional, torna-se mais proativa e competente com suas demandas postas ao longo de sua jornada de trabalho, ou seja, manter uma equipe disposta a enfrentar juntas as problemáticas rotineiras.

Para obter melhores resultados, inda assim tem-se o engajamento com o conhecimento de suas obrigações, dever de saber e compartilhar com os outros indivíduos também, deve-se dominar e manusear as ferramentas disponíveis pra execução desse mesmo trabalho juntamente com sua equipe.

5 PESQUISA

Participaram da pesquisa cinco profissionais que fazem parte da equipe de saúde do hospital em evidência, sendo um médico, duas enfermeiras, um representante da direção administrativa, uma gerente administrativa e uma assistente social. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que indica sua livre participação na pesquisa e contam também com o sigilo de seus dados, no qual atende aos critérios éticos e científicos resguardados de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi elaborado um questionário contendo cinco perguntas sobre o trabalho da equipe de saúde no âmbito hospitalar, indagaram-se também, quais profissionais fazem parte dessa equipe, em certos períodos no ano em que ocorre uma morosidade no atendimento, são os períodos de chuvas e férias que ocorrem com mais frequência nos meses de dezembro, janeiro, abril e maio, nesse período aparecem às doenças sazonais. Por isso procuramos saber o planejamento dos profissionais durante o período de lotação do hospital. Atentamos, também, a identificar as demandas impostas a equipe de saúde que atua na emergência do hospital. E, por fim, destacamos a importância do trabalho do assistente social junto a esses pacientes da emergência.

5.1 Análise de dados

Na primeira questão procuramos saber como se dá o trabalho da equipe interdisciplinar na instituição estudada, obtivemos uma variedade de respostas, porém uma complementando outra, e chegamos à resposta final como quatro dos cinco entrevistados, sendo esse um trabalho realizado uma vez por mês, pelos gestores (Direção, administrativa, médica, Nutrição, Enfermagem, manutenção e Hotelaria, Gerencia de atendimento etc.) do hospital com o intuito de planejar, acompanhar as dificuldades e avanços de cada setor, entrando com plano de ação para resolver cada situação, com o foco de melhorar a qualidade no atendimento.

O médico, e diretor-clínico, deu ênfase na equipe médica ressaltando os profissionais específicos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas. Os profissionais fazem parte da equipe interdisciplinar são os gerentes de enfermagem, recepção, hotelaria e manutenção, direção médica e direção administrativa.

Podemos citar também a equipe médica direta: médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. O Médico trabalha com a ajuda imprescindível de toda sua equipe, contando com um número maior de profissionais que complementam seu trabalho.

O trabalho da Equipe interdisciplinar é de extrema importância para o bom funcionamento do hospital, pois através da exposição dos problemas, é que são resolvidas as demandas de cada setor. Nas reuniões são debatidos e reajustados os pontos fracos com o intuito de procurar solucioná-los.

Nesta mesma reunião também é realçado e valorizado os pontos fortes, como a valorização e o reconhecimento do trabalho bem feito pela equipe hospitalar. Os profissionais que se destacam são recompensados e reconhecidos pelos outros setores, com isso a equipe interdisciplinar está valorizando o trabalho desse profissional e incentivando os outros colegas. Podemos apontar o planejamento da equipe de saúde durante as lotações através de planejamentos antes do período previsto de morosidade, há reuniões com a equipe interdisciplinar para lançar estratégias e planos de ação para as possíveis demandas.

Ocorre um dimensionamento, e são aumentados os números de pontos de serviços com um possível aumento do quadro de funcionários de acordo com a demanda de cada setor. Há, também, aumento no material utilizado pelos setores do hospital. No caso da emergência, inclui-se a contratação de mais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos, no caso da recepção contra mais recepcionistas, na hotelaria há contratação de camareiras e auxiliar de limpeza.

As demandas postas a equipe de saúde da emergência passam pela triagem, que consiste em uma avaliação feita pela equipe de enfermagem seguindo um protocolo médico de classificação de riscos e de prioridades do paciente. Verifica-se, a temperatura, os sinais vitais, analisam diagnósticos corriqueiros como sangramentos, cortes, pacientes neurológicos e acompanhamentos clínicos, sintomas registrados para classificar os pacientes quanto à gravidade. Se a triagem verifica uma prioridade, ou seja, paciente não tem condições de aguardar o atendimento, ele é encaminhado para os chefes de plantão que deverão atender o paciente imediatamente e conseqüentemente segue o fluxo. Pacientes mais graves seguem internados e os casos mais simples são liberados após melhora.

Todos os entrevistados destacaram como imprescindível o trabalho do Assistente Social nesta unidade de saúde devido ao profissional usar de seus conhecimentos e

habilidades adquiridas ao longo de sua formação para melhor orientar essa população que carece de atendimento na emergência, foi observada a delicadeza que é tratada cada situação específica junto com as orientações facilitadoras, objetivas e de extrema importância.

A importância do hospital se dá em todos os setores do hospital, mas se tratando da emergência, sabemos que nem todos os pacientes são internados. Logo o mesmo pode ficar por pouco tempo na unidade, com isso é imprescindível um olhar e o trabalho investigativo do Assistente Social, no sentido de verificar possíveis encaminhamentos para aquele determinado paciente/ família. Além disso, em se tratando de área hospitalar privada, percebemos que o Serviço Social fica frente da qualidade dos serviços prestados nos setores. Com isso, além do seu olhar acaba sendo o responsável por acolher as queixas/sugestões/ elogios vindos clientes, e no caso é responsável por dar o *feedback* tanto para os clientes, como para as gerências dos setores responsáveis (gestores).

Não podemos esquecer que a área hospitalar tem, em sua maioria, profissionais: médicos, enfermeiros, e outros, que apesar da política nacional de humanização (PNH) cuja, deve ser adotada pelas unidades de saúde, não tem uma conduta humanizada, ou traquejo para falar com os clientes, no caso desta instituição os pais dos pacientes. Fica então a cargo Serviço Social realizar a mediação de possíveis conflitos durante a permanência no hospital. Além disso, posso citar os encaminhamentos para a rede socioassistencial, orientações e agendamentos quanto à previdência (INSS), benefícios e auxílios (ASSISTENTE SOCIAL DA INSTITUIÇÃO, 2016).

Analisa-se também um profissional que se destaca por sua forma de trabalhar, já que seu trabalho é conscientizando, mediando conflitos, dando segurança a cada paciente e amenizando situações rotineiras entre as partes envolvidas. Observa-se também a valorização da profissão, o serviço passa a ser visto como de fato profissionais e voz, não como gostaríamos, mas não são mais vistos como as “moças” da caridade que tinha como objetivo ajudar os pobres, nesta instituição o Assistente Social é visto como profissional mediador de conflitos e orientador social. Destaca-se a fala da profissional de serviço Social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão de curso estudamos o trabalho da equipe de saúde na emergência pediátrica de um hospital na cidade fortaleza. Para desenvolver este trabalho escolhi cinco profissionais: uma gerente administrativa, duas enfermeiras, um diretor clínico e uma Assistente Social. Dos inúmeros critérios que me levou a escolher essas pessoas, um deles foi pela proximidade com o tema abordado, cada um deles atua na sua área específica, mas com o mesmo objetivo. Analisamos que esse trabalho se realiza primeiramente através do bom profissionalismo exercido entre as equipes que lideram essa instituição, trabalhando e planejando de forma ética, licita e desenvolvendo um trabalho humanizado e diferenciado, valorizando o ser humano antes de ser o profissional, para que possam oferecer aos clientes o mesmo atendimento que é recebido de seus superiores. Como se trata de um hospital de emergência pediátrica deve ser notado, apresentado e desenvolvido de maneira especial um atendimento diferenciado e delicado por se tratar de crianças.

Com a reforma e ampliação do atendimento no Hospital, arraigando a melhoria e qualidade diante dos trabalhos com a expansão já existente. Priorizam investimentos de forma planejada na estrutura e infraestrutural, tendo com objetivo o desenvolvimento que estabelece uma base sólida de clientes satisfeitos, comprometimento fundamental no papel mediante a unificação de prestação de serviços a população usuária. Meta, que se busca cotidianamente na atual gestão.

O objetivo da pesquisa foi estudar a importância do trabalho da equipe de saúde desta instituição, por trabalhar na área hospitalar tinha interesse de conhecer o trabalho desses profissionais. Meu objetivo foi adentrar e conhecer de perto e viver essa experiência diária, pois tenho interesse de um aprofundamento maior devido a minha futura profissão, na qual desejo trabalhar nessa área, o que eu aprendi foi de extrema importância, tanto para minha vida pessoal quanto profissional e ainda servirá para orientar outras futuras colegas. Percebi que o caminho a percorrer é longo mais há profissionais dispostos a percorrê-lo e seguir fazendo um trabalho bem feito, como foi analisado na pesquisa. O que chamou atenção a foi organização da instituição, por trás dos bastidores há toda uma estrutura montada e uma multidão trabalhando para que os protagonistas (médicos e pacientes) sejam bem assistidos, ou seja, há toda uma preparação para garantir um atendimento padrão de qualidade para a criança, principal alvo de toda essa história.

O trabalho da equipe interdisciplinar na instituição se dá através de encontros da equipe uma vez por mês, (Direção, administrativa, médica, nutrição, enfermagem, manutenção e hotelaria, gerencia de atendimento e etc.) do hospital com o intuito de planejar, acompanhar as dificuldades e avanços de cada setor, entrando com plano de ação para resolver cada situação, com o foco de melhorar a qualidade no atendimento.

O trabalho da Equipe interdisciplinar é de extrema importância para o bom funcionamento do hospital, pois através da exposição dos problemas, é que são resolvidas as demandas de cada setor. Nas reuniões são debatidos e reajustados os pontos fracos com o intuito de procurar solucioná-los.

Nas reuniões, é planejado um dimensionamento onde são aumentados os números de pontos de serviços com um possível aumento do quadro de funcionários de acordo com a demanda de cada setor. Há também aumento no material utilizado pelos setores do hospital. No caso da emergência, inclui-se a contratação de mais médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos, no caso da recepção contra mais recepcionistas, na hotelaria há contratação de camareiras e auxiliar de limpeza.

As demandas postas a equipe de saúde da emergência passam pela triagem, que consiste em uma avaliação feita pela equipe de enfermagem seguindo um protocolo médico de classificação de riscos e de prioridades do paciente. Todos os entrevistados destacaram como imprescindível o trabalho do Assistente Social nesta unidade de saúde devido ao profissional usar de seus conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo de sua formação para melhor orientar essa população que carece de atendimento na emergência, foi observada a delicadeza que é tratada cada situação específica junto com as orientações facilitadoras, objetivas e de extrema importância.

REFERÊNCIAS

- AVARES, Luiz. **Dossiê Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100011>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BRASIL. **Agência Nacional de Saúde**. [Site Oficial]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2866-ans-suspende-a-comercializacao-de-87-planos-de-22-operadoras>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- _____. **Agência Nacional de Saúde Complementar (2012)**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____. Política de Saúde no Brasil. A Política de Saúde uma trajetória histórica. In: **Capacitação para conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- COSTA, Humberto. **Cartilha Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.
- COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde(SUS). In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.88, 2006.
- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS**, jan.-jun. 2007.
- FORTES, Clarisse Correia. **Interdisciplinaridade: Origem, Conceito e Valor**. Santa Maria: UFSM, 2012. Disponível em: <http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial_20120517101423.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2016.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4. Ed. VOZES, 1998.

MACIEL, Angélica. **Como nós tratamos as crianças no Hias** (ROTINAS MÉDICAS DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

MAIA, Miguel; OSORIO, Claudia. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 56 (1-2): p. 81-92, 2004.

MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOURÃO, Eduardo Vasconcelos. In: _____. **Saúde Mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MYNAIO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

SADER, Emir. Política Nacional. In: SOARES, L. T. (Org.). **Governo Lula: decifrando o enigma**. São Paulo: Vira mundo, 2004.

SEVERINO, Antônio Joaquim. In: _____. **Serviço Social e interdisciplinaridade**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SINDSAÚDEPR. **Lei 80/80** – Disponível em <<http://www.sindsaudepr.org.br/docs/saude/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SILAS, Bolzan, **Blog missão e valores** -Disponível em <Fonte: <http://www.hapvida.com.br/internas.php?p=65>. Acesso em: 02 jul. 2016 às 15hrs .

RAMOS, Deilsa Patrícia. **Os Impactos da promoção da saúde nos agentes do sistema de saúde privado da fundaffemg**. ANS, 2012. Disponível em: <https://unibhadministracao.files.wordpress.com/2016/10/deilsa-patricia-ramos_tcc-aprovado-dc3abbora-e-deilsa_160506.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2017

ROCHA, Edmarcia Fidelis .; XIMENES, Simone Tavares. **O papel do Serviço Social em uma Equipe Interdisciplinar**. Disponível em <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2171/2348>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

UNIFESP, **Insatisfeitos, médicos e pacientes criam alternativas a plano de saúde**. Disponível em: <<http://glo.bo/1hwWMZM>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

APÊNDICES

– Entrevista para coleta de dados da pesquisa de campo no Hospital de Emergência Pediátrica.

1. Como se dá o trabalho da equipe interdisciplinar nesta instituição?

2. Quais profissionais fazem parte da equipe interdisciplinar do Hospital?

3. Como podemos apontar o planejamento da equipe de saúde durante as lotações?

4. Como são identificadas as demandas postas á equipe de saúde voltada para emergência pediátrica do Hospital?

5. Como destacar a importância do trabalho da Assistente Social junto aos pacientes da emergência pediátrica do Hospital?

ENTREVISTADO 01 – ASSISTENTE SOCIAL

1. O trabalho da equipe interdisciplinar se dá através das categorias, Serviço Social, Medicina, Nutrição e Enfermagem trabalham em articulação, cada uma com suas competências e fazer profissional, tendo como objetivo comum à recuperação para a saúde do paciente;

2. A equipe interdisciplinar é formada por: médico preceptor, enfermagem, nutrição e serviço social;

3. O planejamento parte da direção administrativa e demais gerências, (enfermagem, hotelaria, manutenção, serviço social) que provavelmente se preparam com um plano de ação para possíveis demandas, contratação de mais profissionais, já que a demanda aumenta;

4. As demandas são identificadas pela sala de triagem, primeiro atendimento ao paciente, onde é avaliado e encaminhado para o local específico e seguir aos cuidados da enfermagem;

5. A importância do hospital se dá em todos os setores do hospital, mas se tratando da emergência, sabemos que nem todos os pacientes de são internados. Logo o mesmo pode ficar por pouco tempo na unidade, com isso é imprescindível um olhar e o trabalho investigativo do Assistente Social, no sentido de verificar possíveis encaminhamentos para aquele determinado paciente/ família. Além disso, em se tratando de área hospitalar privada, percebemos que o Serviço Social fica a frente da qualidade dos serviços prestados nos setores. Com isso, além do seu olhar acaba sendo o responsável por acolher as queixas/sugestões/elogios vindos clientes, e no caso é responsável por dar o *feedback* tanto para os clientes, como para as gerências dos setores responsáveis (gestores). Não podemos esquecer que área hospitalar tem em sua maioria profissionais: médicos, enfermeiros, e outros, que apesar da Política Nacional de Humanização (PNH), deve ser adotada pelas Unidades de Saúde, não tem uma conduta humanizada, ou traquejo para falar com os clientes, no caso desta instituição os pais dos pacientes. Fica então a cargo do serviço social realizar a mediação de possíveis conflitos durante a permanência no hospital. Além disso, posso citar os encaminhamentos para a rede sócio–assistencial, orientações e agendamentos quanto à previdência (INSS), benefícios e auxílios.

ENTREVISTADO 02 – ENFERMEIRA

1. Cada equipe atende de acordo com a demanda da sua respectiva área. Médicos com atendimentos e prescrição, enfermagem com acompanhamento 24hs, direção administrativa com processos burocráticos e serviço social com as demandas sociais.
2. A equipe interdisciplinar é formada pela diretoria, corpo médico, equipe de enfermagem (Auxiliares, técnicos, enfermeiros); serviço social e gerência de atendimento.
3. O planejamento da equipe de saúde durante as lotações seguem os perfis das demandas, qualificação profissional, qualidade de atendimento e condições adequadas de trabalho.
4. As demandas da emergência são identificadas através de uma triagem de classificação de risco, levando em consideração a gravidade de cada caso.
5. O serviço social tem sua importância na mediação de conflitos e apoio social.

ENTREVISTADO 03 – COORDENADORA DA EMERGÊNCIA

1. A equipe interdisciplinar trabalha com planejamentos e acompanhamentos de todos os setores do hospital com o foco de melhorar a qualidade no atendimento.
2. Os profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar são os gerentes dos setores e a direção.
3. Apontamos o planejamento da equipe de saúde da emergência através da demanda de pacientes, de acordo com gravidade do quadro clínico; existe um plano anual na época das contingências, na qual há uma necessidade de reforçamento do quadro de funcionários dessa equipe, a contratação de mais funcionários com intuito de suprir a necessidade de cada setor. No caso da emergência, incluem-se mais médicos, auxiliares, técnicos e enfermeiros.
4. As demandas da emergência são passadas pela triagem, onde são identificadas pelo grau de risco. Logo após são encaminhadas para os médicos chefes de plantões que analisam o diagnóstico corriqueiros e prioridades, como sangramentos, cortes, pacientes neurológicos e acompanhamentos clínicos.

5. O Serviço Social tem sua importância na mediação de conflitos e amenizar situações entre ambas as partes.

ENTREVISTADO 04 – GERÊNCIA DE HOTELARIA

1. A equipe se reúne uma vez por mês, junto com a direção, onde são abordados as dificuldades, necessidades e avanços de cada setor, na reunião seguinte entram com os planos de ação para resolver tratativas de cada situação.

2. Os profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar são os gerentes de enfermagem, recepção, nutrição, manutenção, hotelaria e a direção.

3. Antes do período das lotações já se faz um plano de ações com todos os setores, que na maioria das vezes vê-se um aumento no quadro de funcionários e matérias.

4. As demandas da emergência são passadas pela triagem e depois são encaminhadas para os médicos.

5. É imprescindível Serviço Social na instituição, pois dá um, segurança a cada cliente, na maioria das vezes os pacientes só precisam de uma palavra de conforto devido à situação em que se encontra. Pois devido à debilidade eles precisam de alguém para ouvi-los.

ENTREVISTADO 05 – DIRETOR CLÍNICO

1. O responsável por cada setor (Médico, enfermeiro, fisioterapeuta) aciona o colega de especialidade distinta com forme a necessidade dos pacientes pediátricos. Situações não resolvidas desta forma são passadas a instancias superiores. Acredito que sempre há espaço para melhorias.

2. Na parte médica a equipe é formada por médico (chefe de equipe, prescritor, especialista) enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente Social.

3. Ocorre um dimensionamento onde são aumentados os números de pontos de serviços conforme a demanda do hospital.

4. As demandas são identificadas pela triagem e encaminhadas aos setores responsáveis.

5. O trabalho da Assistente Social é imprescindível nesta instituição, podem até contratar mais uma profissional. A Assistente Social intermédia conflitos, busca soluções

mais rápidas ás demandas de nossos pacientes cronicamente enfermos e sofredores. Vale ressaltar o trabalho da Assistente Social atuante.

ANEXO



FACULDADE RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL INFANTIL NA CIDADE DE FORTALEZA.

Marcelle Mayara Ramos da Silva:
Endereço: Dr. Antônio Carneiro, 1428
Fone: (85)986420622
E-mail: marcelle.rms@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa. Neste estudo pretendemos compreender O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL NA CIDADE DE FORTALEZA.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na FACULDADE RATIO e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “COMO SE DÁ O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL LUIS FRANÇA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante e data.