

LIMA, M.R.; YOSHIOKA, M.H.; MACANHÃO, P. O Ensino de Solos através do uso de experimentoteca. In: FÓRUM DE ATIVIDADES FORMATIVAS, 1., 2002. Curitiba, 2002. **Anais...** Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Pró Reitoria de Graduação, 2002b. CD-ROM

MUGGLER, C.C.; CARDOSO, I.M. Museu de Solos como Ferramenta de Consciência Ambiental e Desenvolvimento Comunitário. In: Congresso Brasileiro de Ciência do Solo, 27., Brasília, 1999. **Resumos...** Brasília: SBCS, 1999. Cd-Rom

NICOLA, S.M.C.; HUTH, N.; UHDE, L.T.; FERNANDES, S.V.; BARROS, O.N.F. Valorização do Ensino da Ciência do Solo nas Escolas Públicas do Município de Ijuí - Rs, Brasil. **Geografia**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 81-82, 2000.

SANCHEZ, S.B.; Goi, S.R.; SANTOS, G.A. A Cidade Subterrânea. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO SOLO, 26., Rio de Janeiro, 1997. **Resumos...** Rio de Janeiro: SBCS, 1997. P. 454.

SILVA, A.J.N. Aplicação de Duas Técnicas de Ensino Utilizando A Ciência do Solo com Alunos de Nível Médio. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO SOLO, 28., Londrina, 2001. **Resumos...** Londrina: SBCS, 2001. P. 304.

SILVA, A.J.N. Conceitos espontâneos de crianças sobre fenômenos relativos à ciência do solo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO SOLO, 27., 1999, Brasília. **Resumos...** Brasília: SBCS, 1999. CD-ROM.

SILVA, G.M.; ATHAYDE, S.F. Solos do Paraná: proposta de educação ambiental para o ensino de 2º grau. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIA DO SOLO, 25., Viçosa, 1995. **Resumos expandidos...** Viçosa: SBCS/ UFV, 1995. p. 2191-2192.

Stefani, A. Estudando o solo: atividades que estimulam a investigação científica. **Revista do Professor**, Porto Alegre, v 12, n. 46, p. 25-32, 1996.

CURSO 7

Humanização da atenção à saúde - Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS

Adail Almeida Rollo

Diretor do Hospital Mário Gatti, Campinas, SP.

Cartilha PNH "Manual do Prontuário Transdisciplinar

I - Apresentação

Esta proposta é um esforço de transformar os conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH) em dispositivos concretos de trabalho no cotidiano das unidades de atenção à saúde. Apresentamos esta oferta como ferramenta de atuação, com sugestões de passos e detalhamentos, entendendo que sua utilização deve ser ajustada a cada realidade.

O trabalho transdisciplinar na saúde é um potente meio de modificação de práticas profissionais centradas nas doenças, procedimentos/tarefas, na fragmentação do processo de trabalho que têm como conseqüências o tratamento do cidadão doente como objeto, o esgarçamento de relações entre os diferentes profissionais e destes com os usuários, dificuldades na efetivação de redes complementares e solidárias de atenção, prejuízos na abordagem integral, alienação, desmotivação e endurecimento de corações e mentes de profissionais de saúde e degradação ético-profissional.

O Prontuário Transdisciplinar estimula e fortalece o trabalho em equipe, diálogo entre os profissionais, com troca de saberes, incluindo os dos doentes e familiares, aposta na produção de vínculos e grupalidade que sustente construções coletivas e fomento do protagonismo dos sujeitos envolvidos. O Prontuário Transdisciplinar está referenciado em uma série de conceitos:

- transdisciplinaridade, processo de integração de saberes e práticas das várias especialidades médicas, da Enfermagem, Fisioterapia, Assistência Social, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Pedagogia etc, de forma a garantir a complementaridade nas interações na atenção aos usuários. Como o educador Carlos Gustavo Mercante Guerra, entendemos a transdisciplinaridade como uma atitude de buscar compreender os problemas de saúde como algo além do que é produzido pelas disciplinas individualmente. Como uma postura de res-

peito à diversidade dos vários saberes e, ao mesmo tempo, de busca da unidade nas inter-ações que está além das aparências, dos conceitos e dos pensamentos para melhorar a compreensão e a inter-atuação nos projetos terapêuticos;

- clínica ampliada, clínica centrada no Sujeito. A clínica degradada é aquela que resulta de uma mescla de políticas de saúde inadequadas (interesses econômicos ou desequilíbrios pronunciados de poder) com um comportamento alienado dos profissionais que a praticam, atendendo os casos de forma padronizada, quase que independentemente da gravidade e das necessidades de cada um dos usuários. A ampliação da prática clínica pressupõe a abordagem do doente para além da doença e suas queixas. Implica em considerar o doente como sujeito. Visa a aumentar o coeficiente de autonomia e o auto-cuidado dos pacientes e familiares. Considera a dimensão subjetiva e social no processo do adoecer. Procura modificar a escuta, a entrevista, valorizar a relação horizontal, no tempo com existência de vínculo entre os profissionais e doentes/familiares, visando a ampliar a relação de confiança. Pressupõe o trabalho em equipe. A clínica ampliada evita posturas culpabilizantes, trabalha com ofertas e com o conceito de chances, não transforma a doença no único objeto de investimento afetivo do doente e família, valoriza o prazer de viver. A ampliação da clínica requer, portanto, não somente uma transformação na prática da atenção, mas também de gestão da saúde, da atenção realizada pelo conjunto das unidades do sistema de saúde e do trabalho intersetorial, potencializando assim a produção de saúde;

- vínculo terapêutico, para se construírem vínculos faz-se necessário que as pessoas ou grupos reconheçam competência no serviço/equipe de saúde para resolver seus problemas e/ou atender suas demandas, ao mesmo tempo a equipe deve disponibilizar e apresentar recursos para oferecer apoio e/ou “respostas” (capacidade de oferta) permitindo a circulação de afetos entre pessoas e as equipes de saúde. Na relação, a dimensão terapêutica é forte e insubstituível, como a intervenção no tempo ideal que a situação clínica do doente exige e o cardápio ótimo da dimensão tecnológica que o agravo requer. Os profissionais de saúde não são uma equipe de iguais e isto não deve ser obstáculo para se trabalhar a diminuição de desigualdades de poder interno na equipe (dimensão da divisão social do trabalho). Deve-se valer do vínculo para ampliar a adesão e a capacidade das pessoas participarem ativamente do enfrentamento de seus problemas. O vínculo deve ser terapêutico para o usuário e desalienante para o profissional e para a equipe;

- projeto terapêutico, construção de um plano de ação assentado na avaliação das condições bio-psico-sociais do usuário. Essa construção deve incluir a co-respon-

sabilidade de usuário, gestor e trabalhador de saúde, considerando a intersetorialidade, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário-equipamento de saúde e a avaliação de risco. O Projeto Terapêutico é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos, além do diagnóstico biológico e a medicação. Ele deve ser elaborado em encontros e reuniões da equipe onde as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente em seu contexto orgânico, psicológico (relacional), social e na relação com a equipe, para definição dos principais problemas/demandas do usuário, dos objetivos terapêuticos, de propostas de ações e da sistemática de acompanhamento;

- apoio matricial, nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional/equipe de saúde, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que, ao mesmo tempo, o profissional/equipe cria pertencimento à sua unidade, mas também funciona como apoio e referência para outras equipes/unidades;

- atuação em rede, tanto na rede de atenção à saúde como na rede de proteção social, com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) de integralidade, acolhimento, resolução, responsabilização e vínculo. A articulação dessas redes amplia a garantia da continuidade e integralidade da atenção. A família deve estar articulada na rede.

A organização do Prontuário Transdisciplinar obedece à seqüência clássica com a identificação do usuário; apreensão/percepção e definição dos problemas e demandas do doente; definição dos objetivos terapêuticos e das ações/tarefas que serão negociadas com o sujeito; divisão de responsabilidades entre a equipe; avaliação das ações e novas condutas.

II - Objetivos do prontuário transdisciplinar:

- padronizar a sistemática de registro e organizá-la a partir de problemas e demandas relevantes do usuário, identificado por equipe multiprofissional, de modo objetivo nos âmbitos biológico, psicológico e sócio-cultural;

- melhorar a comunicação e integração entre os vários profissionais que assistem os usuários, estimulando a transdisciplinaridade para a obtenção de melhores resultados terapêuticos e aumento da satisfação de pacientes/familiares e da equipe de saúde;

- valorização do prontuário do paciente perante os profissionais de saúde;
- estimular a constituição de equipes de referência responsáveis pelo segmento horizontal de pacientes e a elaboração do Projeto Terapêutico;
- facilitar a realização de relatórios, resumos de alta, processamento de dados e análise/auditoria pelas Comissões de Prontuário, Óbito e Ética.

III - Identificação de problemas e demandas do cidadão

A partir da fala do doente/familiares, de informações contidas em fichas de encaminhamento, do Exame Físico e do quadro psicossocial se compõe o rol dos principais problemas e demandas do usuário.

A sistematização da coleta de dados das várias profissões (médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapia...) é feita segundo a sistemática e as especificidades das várias áreas de conhecimento, condicionada pela gravidade da situação clínica do usuário. Os registros devem ser objetivos e concisos, anotando os dados relevantes do contexto do doente e seu agravo.

A interação com o doente/família deve indagar as seguintes questões:

- a) quais são os problemas e as prioridades de atuação? (atuação diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o agravo exija);
- b) por que ficou doente? quais são as causas desses problemas? (biológicas, sócio-cultural, psicológicas, estilo de vida/profissão e a rede/cadeia de cuidados à saúde que o doente recebeu ou vem recebendo);
- c) que percepção o doente/família tem sobre o agravo?
- d) o que o doente e familiares devem saber do problema (causas, procedimentos necessários e diagnóstico) para atuarem positivamente no projeto terapêutico?
- e) é necessário desencadear alguma ação de forma a prevenir que outros cidadãos sejam acometidos por este agravo? (Notificação à Vigilância Epidemiológica/Sanitária, Defesa Civil, Gestores do SUS, Promotoria Pública, Projeto de Saúde Coletivo).

Para que não tenhamos uma lista extensa e confusa de problemas, faz-se necessário convencionar o que entendemos como "principais problemas e demandas" do cidadão:

- o problema/demanda está relacionado a uma situação do doente que exige da equipe um conjunto de ações no seu enfrentamento, concatenados e complementares, que implicarão em resultados que alterarão a situação inicial do problema. Sinais e sintomas que são decorrentes de uma dada situação clínica não devem ser registrados como problema e sim a situação clínica;

- o problema/demanda deve se constituir em um foco de preocupação/atenção da equipe que mobilizará recursos para resolvê-lo ou amenizá-lo;

- o problema/demanda deve ser descrito de maneira precisa, com o conhecimento disponível naquele dado momento, podendo ser aprimorado com o passar do tempo.

Exemplos de problemas/demandas nos vários âmbitos: um diagnóstico específico, como úlcera duodenal; uma síndrome, como hepatoesplenomegalia a esclarecer; uma situação clínica que implica em cuidados transdisciplinares, como escaras, hemiparesia, secreção pulmonar com atelectasia, estados confusionais etc; estado de ânimo do doente em relação ao seu agravo e à terapêutica proposta, seu relacionamento com os familiares/cuidadores e com equipe de referência; ausência de rede de apoio familiar e social para continuidade dos cuidados após a alta; miserabilidade, moradia sem os recursos necessários para seqüência do tratamento.

IV - Projeto terapêutico

A elaboração do projeto terapêutico é um processo com momentos de atuação individual e momentos de troca com pactuação da equipe de saúde. Os profissionais devem ter momentos de encontros para discutirem a situação do doente, os objetivos terapêuticos, as propostas intervenção e a avaliação de resultados. Estes são momentos muito ricos onde os profissionais - portadores de saberes distintos - interagem no sentido de efetivar a transdisciplinaridade, aguçando a compreensão e a potencialização das opções na abordagem do processo de saúde-doença-reabilitação.

Outros profissionais poderão, de forma matricial, apoiar a equipe de referência na elaboração e implementação do projeto terapêutico como especialistas médicos, farmacêuticos, psicólogos, nutricionista etc.

O projeto terapêutico deve, necessariamente, incluir ações que visem ao aumento da autonomia do doente/família sobre o seu agravo no sentido do autocuidado e da capacitação de cuidadores com a transferência de informações e técnicas de cuidados.

V - Avaliação do projeto terapêutico

Por meio da Ficha de Evolução do Paciente e da Planilha Síntese, a equipe registra dados que permitem a avaliação das ações que estão sendo implementadas.

Na ficha de Evolução os registros devem ser objetivos e orientados para avaliação das ações que estão sendo implementadas, tendo em vista os objetivos terapêuticos propostos e as intercorrências observadas, seguindo a sistemática: percepção do doente e familiar sobre a evolução; dados e percepção apreendida pelo profissional, pela escuta e pelos sinais observados no exame físico, resultado de exames complementares e outras

informações obtidas, que permitam a interpretação das informações para a definição da conduta. Os profissionais responsáveis pela evolução e avaliações e os que assistem as intercorrências devem realizar os devidos registros e assiná-los.

Na avaliação e seguimento, ressalta-se a importância do estímulo à fala livre do usuário e família (rede social) e a valorização dessa escuta por parte da equipe, tanto na expressão de suas angustias, medos e expectativas em relação ao agravo e seu prognóstico como em relação aos sintomas e seu estado de saúde. Na interação, evitar amedrontar o paciente, trabalhar, sempre que possível, com ofertas e possibilidades que o doente tem de ter prazer na vida apesar da doença que o acomete.

Referências:

DALTRO, Lúcio Lopes. **Manual do Prontuário do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira**. São Paulo, 1989.

CAMPINAS (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Humanização da Assistência no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti**. Colegiado Gestor do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Nov. 2001.

CAMPOS, Castão Wagner de Souza. **Matriêrial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Equipes de referência e apoio especializado. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO, v. 4, n. 2, p. 303 - 404, 1999.

CUNHA, Gustavo T. **A construção da Clínica Ampliada na atenção básica. 2004** (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas, 2004.

BENEVIDES, Regina. **Marco teórico da política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Glossário Humaniza SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório da 5ª Oficina de Trabalho dos consultores da PNH**. Brasília, abril de 2004.

Cartilha PNH - Gestão participativa - co-gestão

Adail Almeida Rollo

O SUS traz como um de seus eixos principais a democratização e descentralização do poder para os municípios, com implementação de conselhos tripartites e paritários, com a participação de trabalhadores da saúde, gestores e usuários. Esta forma de participação efetivou os Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e as Conferências de Saúde. Possibilitando, assim, um processo contínuo e crescente de participação e controle popular. Porém, quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários na gestão cotidiana das unidades de atenção do SUS, vê-se que a parti-

cipação é muito pequena, imperando um alto nível de alienação e burocratização.

Historicamente, os serviços de saúde organizaram o processo de trabalho a partir do saber e poder das profissões (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais etc) e não por objetivos comuns de trabalho. Isto não tem garantido a complementaridade das diferentes práticas, a solidariedade assistencial e nem ações eficazes no sentido de integralidade das ações, motivação dos profissionais e envolvimento dos usuários.

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Os serviços de saúde têm três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada desses distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde.

O modelo de gestão que se propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. Os gestores/gerentes têm diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e os profissionais e equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos.

O sistema de co-gestão procura articular esse novo formato para a prestação do cuidado com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Dessa forma, pretende-se assegurar a implementação das diretrizes do SUS e ao mesmo tempo garantir motivação, capacidade de reflexão, aumento da auto-estima, fortalecimento do protagonismo, criatividade dos profissionais e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

A democracia institucional não anula a existência de contra poderes. A co-gestão não prescinde de instânci-

as que pressionam as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e a dialogar com outros sujeitos. Ao contrário, pressões oriundas da gerência e de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo e a burocratização. A relação entre esses contra poderes e o poder é o substrato para a formação de novos compromissos e o estabelecimento de contratos entre a autonomia e o controle.

Por isto, sugere-se a co-gestão e não a autogestão como alternativa de governo. "A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos" (CAMPOS, 2000).

Para efetivar a gestão participativa deve-se trabalhar com dois âmbitos de dispositivos sendo o primeiro relacionado ao arranjo organizacional baseado em espaços coletivos de gestão para mediação de desejos e interesses dos usuários, trabalhadores e gestores, dentre eles podemos citar:

- Contrato de Gestão com o gestor externo e Contratos Internos de Gestão com pactuação de metas em três grandes eixos: ampliação do acesso e qualificação e humanização da atenção; valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa e garantia de sustentabilidade da unidade, com acompanhamento e avaliação sistemática em comissões com participação de trabalhadores, usuários e gestores;

- Colegiado da Unidade de Produção, composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade, elaborar o Projeto de Ação, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas;

- Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde ou hospital composto pelo Secretário, Diretores e Coordenadores das Unidades de Produção, com atribuição de elaborar o Projeto Diretor da Secretaria/Hospital; ser o espaço de negociação e pactuação de prioridades, investimentos, dos projetos das várias unidades e da sistemática de avaliação e prestação de contas e manejo de imprevistos e

- O Conselho de Saúde da Unidade (Conselho Local) que tem composição com 50% representantes de usuários, 25% de profissionais da saúde e 25% de gestores. Esses Conselhos são previstos em alguns municípios para todos os equipamentos de saúde desde as unidades básicas até os hospitais de referência, suas atribuições e funcionamento estão definidas em legislação municipal. Já o Conselho Municipal, Estadual, Nacional de Saúde com as respectivas Conferências são previstas e regulamentadas em legislação federal.

O outro âmbito de dispositivos da gestão participativa são mecanismos que garantem a participação no coti-

diano das unidades de saúde, dentre eles:

- direito de acompanhante nas consultas e internações;
- equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede sócio-familiar do usuário;
- Ouvidoria dinâmica, realizando mediação de interesses, em ato, entre usuários, trabalhadores e gestores;
- Família Participante, Grupo de Pais, Grupo focal com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades.

Referências

ROLLO, Adail de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no Hospital Público? In: MERHY E.E.; ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Método para apoio a coletivos organizados para a produção: a capacidade de análise e de intervenção**. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 185.

CAMPOS, Rosana Onocko. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 37.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias A integralidade do cuidado como eixo da estação hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ed UERJ/ IMS/ABRASCO, 2003. p. 197.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2003. p. 17

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Comunicação e negociação gerencial: análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2003. p.219.

CAMPINAS (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS**. Colegiado Gestor da S.M.S-Campinas, fev. 2001.

MANUAL do Sistema de Gestão do H.M.M.G. Co-Gestão: um modo participativo de administrar o bem público. Colegiado Gestor do H.M.M.G, out. 2001.

A Clínica Ampliada

Adail Almeida Rollo

Diretor do Hospital Mário Gatti, Campinas, SP.

Em geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo remédios ou solicitando exame, relativo a alguma doença, ou à hipótese dela. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois sabe-se que as pessoas são mais do que as suas doenças. Um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante. Um alcoolista é um alcoolista. Um hipertenso é um hipertenso. O diagnóstico supõe e produz uma igualdade, que é apenas parcialmente verdadeira. E isto pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir toda a conduta. Mas como já

dizia um velho ditado “na medicina cada caso é um caso”. Se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem vínculos ou não, se está desempregada ou não, tudo isto pode mudar, ao menos em parte, a conduta. E isto vale também para outras “doenças”. O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso, além de saber o que o sujeito apresenta de igual, saber o que ele apresenta de diferente, de singular. Com isso abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos muito melhores, com a participação das pessoas.

Alguns exemplos:

Um serviço de hematologia percebeu que, a despeito de toda a tecnologia disponível para o diagnóstico-tratamento dos pacientes com anemia falciforme, havia um problema: a anemia falciforme acomete principalmente a população negra, e essa população, no contexto em que o serviço de hematologia trabalha, na grande maioria, só tem acesso a trabalhos braçais, herança de uma história de discriminação racial e resultado da desigualdade social. O tratamento ficaria muito limitado se o serviço de hematologia ignorasse essa questão, pois a sobrevivência dos pacientes estava em jogo. O serviço debruçou-se sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação para oferecer cursos aos usuários que desejassem, criando novas opções de trabalho.

O serviço de saúde poderia ter-se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando (como ainda é muito comum) a história e a situação social das pessoas sob seus cuidados. Pode-se dizer então que a clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente. Pode-se afirmar também que a equipe desse serviço soube assumir a RESPONSABILIDADE sobre os seus usuários, soube buscar ajuda em outros setores (INTERSETORIALIDADE) e conseguiu fazer uma coisa muito difícil para os profissionais de saúde: RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS E TECNOLOGIAS e buscar outros, como, por exemplo, aqueles conhecimentos que demonstravam a situação de exclusão em que viviam os usuários do serviço.

E, finalmente, pode-se dizer que esse serviço fez uma Clínica Ampliada porque assumiu um compromisso ÉTICO profundo. Se tivesse reduzido os usuários à doença, ele teria sido cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no país. Em muitas situações, o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e iniquidade social. Às vezes, essa dominação pode ser bem mais sutil, como aquela, que pode submeter uma mulher à dupla jornada de trabalho, e assim impedir que ela faça um tratamento, ou causar um sofrimento intenso com manifestações somáticas. As doenças causadas pela super-ex-

ploração, condições de trabalho inadequadas ou forma de gestão autoritária, são outro exemplo. E por falar em doenças do trabalho, não se pode esquecer que, às vezes, o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social, que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento. Em todas essas situações, enxergar apenas a lesão orgânica pode significar uma atitude de cumplicidade com tiranias. Obviamente, que se essa relação de dominação vai-se tornar prioridade no tratamento ou não, é sempre uma opção do sujeito que a ela está submetido, e não do profissional de saúde. No entanto, cabe à clínica ampliada não assumir como normal essas situações, principalmente quando comprometem o tratamento.

“Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um *Big-Bang* para mim” (Carnavalesco Joãozinho Trinta - 1998, referindo-se a um derrame cerebral). O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado por que havia escolhido a música. Bem-humoradamente ele respondeu que é porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar... como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei-me dedicando ao piano.”

Outro aspecto fundamental da clínica ampliada é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a PRODUÇÃO DE VIDA. Os exemplos de Joãozinho Trinta e de Tom Jobim mostram que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação limitante. Algumas pessoas especiais fazem isto sozinhas. Elas “aproveitam” para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação (o que não significa de forma alguma ausência de sofrimento). Outras pessoas precisam que não se as atrapalhem e um grande número precisa de ajuda para fazer isso. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença seja um limite, mas não seja a única coisa na vida da pessoa. Nas doenças crônicas ou muito graves isso é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e tal participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se”, apesar da doença. É muito comum, nos serviços ambulatoriais, que o descuido com a produção de vida e foco excessivo na doença acabe levando essas pessoas a tornarem-se conhecidos como “POLIQUÊIXOSOS” ou “REFRATÁRIOS”, pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas,

Algumas dicas práticas:

A escuta - Escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não

interesse diretamente ao diagnóstico e à conduta. Mais do que isso, é preciso ajudá-lo a construir (e respeitar) as suas próprias causalidades e correlações entre os sintomas e a vida. Perguntar por que ele acredita que adoeceu, e como ele se sente quando tem esse ou aquele sintoma, ajuda muito. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tomar um problema somente do serviço de saúde, e não do sujeito doente. Ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Evidentemente não é possível (nem desejável) fazer isso o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com essas frestas de vida.

Vínculo e afetos - Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente, e vice-versa. Um profissional, que tem um parente com diabetes, não vai se sentir da mesma forma ao cuidar de um sujeito com diabetes, do que um profissional que não tem tal vínculo afetivo. Quando um profissional pergunta sobre a vida sexual ou sobre uso de drogas, imediatamente muitas outras instituições, que têm um discurso sobre o tema, podem atravessar a relação clínica. Ou seja, podem provocar "confusões". Tudo isto tanto pode ajudar quanto atrapalhar a construção do vínculo e o projeto terapêutico. Ainda é muito comum que profissionais que cuidam de sujeitos com doenças crônicas consigam passar anos, iniciando todos os encontros perguntando se a pessoa "cumpru ordens": se tomou medicação, se fez a dieta. Muitas vezes, tal atitude acaba passando a impressão que se está mais preocupado em ser obedecido do que com a pessoa e a sua vida. E não é incomum que algumas dessas pessoas doentes desenvolvam o hábito de "se divertir" com o serviço de saúde, alardeando tudo que fizeram de "errado", para desespero dos profissionais. Há que aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para compreender-se e compreender o outro, e ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar produtivamente com a doença. Nesse processo, a equipe de referência é muito importante, porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário (e/ou familiares) são diferentes, portanto as possibilidades e limites para ajudar o sujeito doente são maiores. Lembrando que dentro da própria equipe essas transferências também acontecem e a equipe deve estar atenta.

Muito ajuda quem não atrapalha. Infelizmente o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem, é muito forte. Vive-se, portanto, uma epidemia de uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. É muitas vezes aparentemente mais fácil (para profissionais e usuários)

utilizar esses medicamentos do que conversar sobre os problemas e desenvolver capacidade de enfrentá-los. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. É preciso saber que muitos deles têm riscos intrínsecos e outros têm limites tanto maiores quanto mais aleatoriamente são solicitados (ou seja, solicitados sem critérios). A noção de saúde como bem de consumo ("quanto mais, melhor") precisa ser combatida para que se possa diminuir os danos. O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir iatrogenias e mistificações.

Referências

- CAMPOS, G.W. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2004. (Tese de mestrado)-
- PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e biopolítica no contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica*: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, v.16,n.1, p. 71-79, 2001.

Humanização da atenção à saúde:

Flávio Trevisani Fakh

Membro da Comissão de Humanização do HSP/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

O Hospital São Paulo está localizado na cidade de São Paulo. É um hospital universitário, de nível terciário de assistência, mantido pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde são desenvolvidas atividades assistenciais, de ensino e pesquisa. Esse hospital conta atualmente com 759 leitos de internação, sendo 706 leitos para pacientes do SUS e 53 leitos para pacientes de convênios particulares. As internações abrangem as especialidades médico-cirúrgica, materno-infantil e terapia intensiva, além do atendimento de emergência (~ 900 / dia) e ambulatorial (~ 3.000 / dia).

Em 2000 foi formada a Comissão de Humanização do HSP, com o objetivo de desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos pacientes e nas relações com e entre os servidores, além de reconhecer, valorizar e divulgar outras iniciativas, já implementadas ou em desenvolvimento na instituição. Essa comissão foi composta por servidores do complexo HSP/UNIFESP, das áreas de Enfermagem, Serviço Social, SAME, Hotelaria, Engenharia, Administração (Superintendência do HSP, Recursos Humanos, Relações Públicas, Escritório da Qualidade) e Voluntárias do HSP.

Até o ano de 2002, essa comissão, através de grupos-tarefa, implementou algumas ações, como: Praça Viva; Tai-chi-chuan; Música ao meio-dia; Exposição de artistas. Nesse mesmo período algumas iniciativas setoriais e independentes, já implementadas ou em desenvolvimento, foram reconhecidas e promovidas pelo grupo, como: Serviço de Voluntariado (grupo de senhoras voluntárias da Associação Paulista Feminina de Prevenção ao Câncer (APFCC) que desenvolvem, desde então, ações de acolhimento, recreação, fornecimento de itens vestuário, alimentação, higiene pessoal etc., aos pacientes e seus familiares); Biblioteca Viva (desenvolvida para o setor de Pediatria e, atualmente, em expansão para outras áreas); Comissão de “Testemunhas de Jeová” (grupo mediador entre equipe de saúde e pacientes/familiares dessa religião); Capelania (comissão que, além da atenção religiosa, realiza ações sociais e humanitárias, inclusive domiciliares); Identificação do paciente (nome do paciente junto ao número do leito); Unidade de Acolhimento e Pronto Atendimento (grupo direcionado à recepção, orientação e encaminhamento aos usuários do Pronto Atendimento do HSP).

Em 2002, o Hospital São Paulo tornou-se Centro Colaborador do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Ministério da Saúde (PNHAH). Assim, a então comissão de humanização passou a denominar-se Grupo de Trabalho de Humanização do HSP/UNIFESP, mantendo-se a composição anterior e consolidando seus objetivos: “desenvolver e implementar ações de humanização, criando e divulgando iniciativas, tornando-se fórum permanente de discussões sobre humanização, com o intuito de humanizar as relações no hospital, tanto para o usuário externo, quanto para o interno”.

Desde então, foram oferecidos treinamentos aos componentes do grupo como: Teorias de Humanização, Programas de Humanização etc. Além dos objetivos específicos do PNHAH, o grupo preocupou-se também em contemplar o Projeto de Acreditação Hospitalar. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) (ministério da Saúde) pressupõe os hospitais como ambientes onde se recuperam e se lidam com os valores humanos, e que todos os participantes ativos na recuperação da saúde estão cientes que tratam de e com seres humanos. Como requisitos de qualidade do MBAH destacam-se: os mecanismos de orientação ao pacientes e familiares (nível 1) e satisfação do clientes interno e externo (nível 3). Outra preocupação do grupo foi a Certificação dos Hospitais de Ensino/Ministério da Saúde: Requisitos Obrigatórios (inciso XV – Aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde) e Documentos comprobatórios (projeto institucional e as iniciativas de trabalho). O HSP obteve sua certificação em agosto de 2004.

Algumas ações e projetos foram implementadas desde então, como: Dia Nacional do Abraço aos Hospitais (comprometimento institucional com a humanização); Reformulação dos Horários de visitas aos pacientes (implantação de 2 horários diários, com a permissão de entrada de crianças); Renumeração de leitos e identificação do paciente (mudança de metodologia de identificação dos leitos de internação: alfa-numérico – facilitando a localização espacial (ala, andar e posição) pelos usuários – com o nome do paciente); Humanização junto ao Pronto Socorro Geral do HSP - em parceria com alunos do curso de Pedagogia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (elaboração de um programa educacional para os funcionários, pautado nas relações profissional-paciente e profissional-família, visando a uma mudança de atitude para um melhor e diferenciado atendimento); A Criança Hemofílica na Escola (disseminação do conhecimento sobre hemofilia nas escolas); “Encantando com as mãos” (utilização da arte / técnica de *Origami* por pacientes e profissionais de saúde).

Além da implementação dos projetos em andamento, o grupo de humanização do Hospital São Paulo vem enfatizando o reconhecimento e a visibilidade, intra e extra-muros, de todos os projetos da instituição, tanto do HSP, como da UNIFESP, que tenham em seu escopo ações de humanização direcionadas aos clientes externos e internos.

Projeto “Encantando com as Mãos”: Um toque de arte na saúde mental e na qualidade de vida do ser humano.

Coordenadora: RIBEIRO, Magnolia Luz da S.

A hospitalização constitui uma experiência estressante e traumática, que afeta tanto o lado orgânico como o psíquico do indivíduo, podendo desencadear distúrbios comportamentais diversos, que vão da agressividade à apatia.

A arte como poder de cura se espalha hoje em dia em todos os hospitais, não para levar as pessoas a serem artista do pincel e do lápis, mas para que possam ser artistas do manter-se vivos e bem (ACHERBERG, 2001).

O *Origami* (*ori*: dobrar e *kami*: papel): técnica manual de dobradura de papel, originária do Japão, serve para melhorar a coordenação motora, desenvolver a criatividade e as habilidades manuais e estimular o raciocínio. Utiliza materiais de baixo custo e de fácil aquisição, inclusive com o aproveitamento de sucata. Além de criar possibilidades para a confecção de enfeites, cartões, brinquedos e objetos de arte, o *origami* tem-se revelado uma alternativa eficaz em tratamentos terapêuticos. Sua execução pode ser realizada por pacientes acamados, mediante rápida organização do espaço e material. É de fácil manuseio e desperta o interesse na realização das peças, onde a sua aplicabilidade independe da idade cronológica. Esta arte/técnica dá aos profissionais de saúde oportunidades de estabele-

cer maior aproximação e interação com os pacientes, o que caracteriza a humanização. O paciente assistido com humanidade tende a diminuir a ansiedade e o estresse e, assim, os profissionais também trabalham melhor.

Em uma unidade do Hospital São Paulo, que atende a pacientes com problemas vasculares que freqüentemente levam à amputação dos membros inferiores, pensou-se em uma forma de entreter esses pacientes em alguma atividade manual, a fim de valorizar o uso das mãos e aumentar a auto-estima, tentando amenizar seu sofrimento. Iniciou-se, no ano de 2003, o trabalho com dobraduras de papel – *origami*. Não tardou a verificar-se, junto a alguns pacientes, uma mudança de comportamento e humor. Os trabalhos foram expostos em mural na unidade e muitos pacientes chegaram a se aperfeiçoar na técnica. Os depoimentos dos pacientes e até mesmo de seus familiares sobre a experiência com o *origami*, durante a internação, foram registrados em forma de depoimentos.

A partir dessa experiência, iniciou-se um processo espontâneo de disseminação desta arte entre os profissionais de saúde de outras áreas do hospital, que começaram a utilizá-las junto aos seus pacientes.

Assim, a proposta da utilização da arte/técnica do *origami*, junto aos pacientes do Hospital São Paulo, prevê que:

- a experiência da internação seja menos dolorosa, emocionalmente, e o menos traumática possível para o paciente e sua família;
- essa técnica interfira positivamente no processo saúde-doença-cura;
- haja uma maior interação pacientes/profissionais de saúde;
- o paciente possa levar esta experiência para sua vida pessoal;
- o saber adquirido possa ser multiplicado para outras pessoas.

CURSO 8

Mediação, inclusão e justiça

Menelick de Carvalho Neto, Miracy B. S. Gustin

Professores da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ronaldo A. Pedron

Bacharel pela Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A Metodologia da mediação

1. Definições e condições iniciais

O processo de mediação é uma das formas de resolução extrajudicial de conflitos. O Programa “Pólos de Cidadania”, através de seu projeto “Organização Popular em Vilas e Favelas”, vem aplicando e desenvolvendo metodologia própria de mediação com o objetivo final não só de corresponder às demandas de solução de conflitos nas comunidades de exclusão social, onde tem desenvolvido sua atividade, como também com o propósito de desobstruir as esferas judiciais e de construir, nas organizações locais e nos indivíduos em litígio, a consciência das condições em que esses conflitos se instauraram e a possibilidade de sua auto-superação.

Esse processo não se restringe à esfera jurídica dada a complexidade que os conflitos encerram. Por essa razão, optou-se por uma atuação a partir de equipes interdisciplinares composta por profissionais e estagiários das áreas de Direito, Psicologia e Assistência Social ou Sociologia.

No primeiro momento, a equipe interdisciplinar dispõe-se a **compreender** o conflito em seu relato inicial. Nesse primeiro momento, os relatos apresentam inúmeros bloqueios de conteúdo social, psicológico-afetivo e de desvirtuamento da nossa justiça. O mediador deverá, pois, estar atento às ocorrências de contradições, exacerbação de ânimo ou de relatos ininteligíveis tendo em vista a situação artificial e “atemorizante” do primeiro contato. Para que essa situação seja menos opressiva, deve-se atender o litígio (seja uma única pessoa que relata, os dois conflitantes, ou mesmo um grupo) por, no máximo, uma dupla interdisciplinar e não toda a equipe. Essa dupla poderá constituir-se de dois profissionais de áreas diferentes, ou de um profissional e um estagiário (também de áreas diversas).

Apesar desse primeiro contato ser, quase sempre, bastante emocional, a dupla de “escuta” e de compreensão do caso já deverá iniciar um processo de reflexão sobre as características do litígio e seus limites para início de um processo de conscientização do próprio demandante sobre os bloqueios de sua exposição.