



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUIÇÃO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

**CARLOS ALBERTO DONATO JÚNIOR**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA**



**CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**  
**NOVEMBRO/2017**

**CARLOS ALBERTO DONATO JÚNIOR**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> IVANA ARQUEJADA FAES

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ  
NOVEMBRO/2017

**CARLOS ALBERTO DONATO JÚNIOR**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivana Arquejada Faes.

Aprovado em 30 de Novembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> IVANA ARQUEJADA FAES (Orientadora)  
UFF - Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ISABELA SARMET DE AZEVEDO  
UFF - Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ROSANY BARCELLOS DE SOUZA  
UFF - Universidade Federal Fluminense

**CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ**  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me permitir concluir essa graduação e por ter me feito superar os obstáculos existentes nesse caminho.

Ao corpo docente que compartilhou seu conhecimento contribuindo assim com essa formação.

A minha orientadora Professora Dr.<sup>a</sup> Ivana Arquejada Faes, pela sua paciência na orientação, suas correções e incentivos que tornaram possível a conclusão deste TFC.

Aos professores participantes da banca examinadora por dividirem comigo este momento tão importante e esperado.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para essa vitória. Muito obrigado!

## RESUMO

O trabalho terá como ponto de partida, promover a discussão e analisar a atuação do assistente social em unidades de emergência de saúde. Pretendemos destacar o perfil das ações desenvolvidas pelo profissional, e suas estratégias de ações cabíveis para cada situação, embasado no projeto ético-político do Serviço Social, nos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, e legislação pertinente que direcionam as ações a serem desenvolvidas em meio hospitalar visando à humanização e totalidade do paciente. O interesse pelo tema surgiu em decorrência da experiência de estágio curricular obrigatório para a graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, precisamente nas unidades de serviço de saúde emergencial, do Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro.

**Palavras chave:** Serviço Social, Humanização, Política Nacional de Atenção às Urgências

## **ABSTRACT**

The work will have as starting point, to promote the discussion and to analyze the social worker's role in emergency health units. We intend to highlight the profile of the actions developed by the professional, and their strategies of action for each situation, based on the ethical-political project of the Social Work, Parameters for the role of the Social Worker in Health, and relevant legislation that direct the actions to be developed in a hospital environment aiming at the humanization and totality of the patient. The interest in this topic arose as a result of the experience of compulsory curricular traineeship for the graduation in Social Service of the Federal Fluminense University, precisely in the units of emergency health service, Hospital Ferreira Machado in Campos dos Goytacazes, in Rio de Janeiro.

**Keywords:** Social Service, Humanization, National Policy of Emergency Care

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1 SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA.....</b>	<b>12</b>
<b>2 NOTAS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Urgências de Trânsito.....</b>	<b>32</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>40</b>

## INTRODUÇÃO

A discussão do tema tem como objetivo um aprofundamento teórico sobre as dificuldades específicas encontradas pelos profissionais do Serviço Social nas unidades de serviço de saúde emergencial, em especial o Hospital Ferreira Machado, local onde o interesse pelo tema surgiu em decorrência de ser um discente na graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

O Hospital Ferreira Machado atende diariamente as demandas do processo saúde / doença e vítimas de acidentes de trânsito e violência, cuja realidade tem merecido atenção especial do Assistente Social. A pesquisa bibliográfica que se revela problematiza as ações que são desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, considerando suas particularidades nos programas de saúde.

O Serviço Social, de um modo geral e na área da saúde em particular, atua em parceria com outros profissionais que integram as profissões de saúde regulamentadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (OLIVAR, 2006, p. 140-155). Nesse sentido, a abordagem do tema, objetiva demonstrar a importância da atuação deste profissional em âmbito hospitalar, o seu diferencial, visando à humanização junto ao paciente. O Assistente Social trabalha na intermediação das relações sociais, de acordo com as particularidades existentes, desenvolvendo estratégias de ações cabíveis para cada situação, embasado no projeto ético-político do Serviço Social, nos parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde, e legislação pertinente que direcionam as ações a serem desenvolvidas em meio hospitalar.

Cabe ao profissional em Serviço Social uma intervenção humanizada, além de proporcionar a garantia do cumprimento de direitos dos usuários anteriormente negligenciados dentro do Sistema de Saúde Pública. A emergência/urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o Assistente Social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais. (ANJOS et al, 2004, p.262-265).

Humanizar é respeitar a natureza do ser humano, a sua essência, com o objetivo de garantir a sua singularidade, observando-o como ser subjetivo e complexo, dentro da sua totalidade. É ainda oferecer favorecimento ao paciente, dando estímulo à sua intervenção ativa no que diz respeito à garantia de sua própria cidadania. É, sobretudo, concentrar



verdadeira prática humanizada no respeito ao cidadão. (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005, p. 36-42).

Sendo assim o presente trabalho desenvolve uma abordagem acerca da participação dos profissionais do Serviço Social para os que dependem de um atendimento emergencial no sistema único de saúde (SUS), pois o apoio destes profissionais se revela como um fator fundamental nos programas de melhoria nas vidas destas famílias, considerando seus principais desafios e dificuldades, suas causas e características. Diante do exposto, o desafio apresentado a nós, profissionais do Serviço Social principalmente é a humanização do atendimento e também a possibilidade de resgatarmos a cidadania destas pessoas, buscando assim maiores informações, incluindo sugestões e ideias que possam minimizar os impactos negativos de suas demandas.

Sabe-se que o diagnóstico da saúde brasileira é precário, o serviço oferecido nos atendimentos é de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de consultas de urgência.

O referido trabalho é relevante para instrumentalizar o estudante de Serviço Social e futuro Bacharel para que o mesmo se familiarize sobre as dificuldades específicas da profissão, pois a sociedade necessita de um profissional bem informado e preparado, para trabalhar conteúdos e dar conta das exigências de uma profissão moderna e atualizada, consciente do seu papel e principalmente como cidadão.

A importância da capacidade do agente social neste processo é extraordinariamente a primeira atitude que o sistema deve tomar para que estes estejam capacitados e que demais elementos da comunidade da saúde em atendimento emergencial se preparem para atender a pacientes e familiares.

A escolha do tema justifica-se pela constatação deste pesquisador (através da experiência de estágio supervisionado realizado em órgão de saúde de atendimento emergencial, a vítimas de acidentes de trânsito e violência) do quanto é importante a informação qualificada aos usuários dos serviços emergenciais de saúde vítimas de acidentes de trânsito que tem direitos estabelecidos “além” do atendimento emergencial ao abalo de sua saúde física e emocional decorrente do acidente que os acometeu. Trata-se da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por

veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, conferindo ao acidentado ou sua vítima, um seguro por danos pessoais que compreendem indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementar por pessoa vitimada.

Para além dessa demanda, o Assistente Social deverá intervir para que a família não sofra o impacto que o acidente, a violência, de um de seus entes teve, pois é emocionalmente tão devastador quanto às reações de enfermidade que este acidentado, violentado possa ter. Existem alguns estágios que caracterizam este impacto pelo qual a família de um paciente passa a conviver. Os profissionais assumem responsabilidades dos atos que não são seus, muitas vezes porque a família está afetada e não consegue por trauma psicológico ou até mesmo desconhecimento dos seus direitos, resolver questões simples condicionadas ao paciente.

Portanto o presente trabalho irá abordar aspectos que contemplam sugestões de elaboração de propostas complementares e de intervenção de modo a proporcionar experiências da prática educativa em Serviço Social.

O tema foi desenvolvido através de pesquisas bibliográficas que, contribuíram na compreensão de um maior entendimento sobre o assunto, qualificando meios de interpretação e conhecimento dos problemas enfrentados pelos assistentes sociais em unidades de emergência, mediante consulta de materiais impressos, documentos oficiais, teses, livros, periódicos, revistas, informações disponíveis na internet.

Procuramos discutir a política de saúde e os direitos dos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), na Política Nacional de Atenção às Urgências, como uma resposta do Estado a uma crescente demanda da população. Compomos considerações a respeito da criação de políticas focalizadas como estratégia de enfrentamento, tendo como base às diretrizes, a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização a que todo cidadão tem direito, da Política Nacional do Ministério da Saúde.

O trabalho será dividido em dois capítulos. O primeiro oferece ao leitor um panorama do local onde se realizou o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, destacando a organização, missão, os valores e objetivos de uma unidade de saúde: o hospital Ferreira Machado. Abordaremos ainda o trabalho do Assistente Social neste espaço complexo, numa

tentativa de contribuir para a discussão acerca deste campo de trabalho. A experiência de estágio, na intervenção junto à internação dos usuários e interação com os familiares muito contribuiu para o debate acerca da importância da prática educativa em saúde.

No segundo capítulo apresentaremos aspectos da política de saúde no Brasil, destacando a Política Nacional de Atenção às Urgências, considerando o enredo do Sistema Único de Saúde a partir do processo de Reforma Sanitária, uma vez que a mesma democratizou os serviços de saúde na vida da sociedade com a ampliação do atendimento à saúde a todos que dela necessitam.

Nosso interesse é legitimar a política de saúde como campo ligado aos direitos sociais frente ao Estado no enfrentamento à desigualdade.

## **1 SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA**

O Estágio Obrigatório em Serviço Social ocorreu no Hospital Ferreira Machado<sup>1</sup>, unidade pública de saúde de Campos dos Goytacazes, RJ, que foi fundado em 1952, inicialmente denominado Sanatório Ferreira Machado, com o objetivo de tratar somente pacientes portadores de tuberculose, sendo desativado em 1975 devido à doença ser praticamente erradicada no Brasil. Mas com o crescimento populacional se fez necessário reabri-lo em 1987 para atender as demandas. Em 1989 passou a ser administrado pela Fundação Dr. João Barcellos Martins criada para esse fim e que facilitou o desenvolvimento dos processos de trabalho. Possui no ano de 2017, cerca de 1100 funcionários, 180 leitos e um hemocentro. Atende casos de urgências e emergências locais e das adjacências e o atendimento gira em torno de 15 a 20 mil pessoas por mês. Trata-se de um hospital de grande destaque no município, considerado referência na região, resultando assim, muito trabalho para vários profissionais, incluindo os do Serviço Social.

Analisando a missão e os valores da Instituição, expresso nos documentos pesquisados e com base nas observações realizadas no campo de estágio, verificamos que elas demonstram um compromisso ético pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade.

No decorrer do estágio, observamos que as demandas apresentadas pelos usuários não eram atendidas em sua totalidade, devido à carência de instrumentos e das três grandes características apresentadas por Faleiros (1985), o clientelismo, o autoritarismo e a burocratização, que é a maior de todas neste campo.

Atualmente nota-se a total precarização institucional da Entidade Hospitalar, devido a uma má administração dos recursos pelo Estado. Diversas demandas observadas não têm sido atendidas, desde fila de espera para um procedimento cirúrgico até as coisas mais simples como um papel toalha para higienização antes de uma visita em setor de emergência. Tais observações revelam que é devido à prática institucional no Brasil ser marcada pela ineficiência na forma política de condução da coisa pública e não na forma técnica, lócus do fazer dos profissionais envolvidos.

---

<sup>1</sup> Dados constam em folder institucional acessível a qualquer usuário do Hospital Ferreira Machado.

Registre-se, no entanto, que em qualquer instituição, observam-se barreiras e desafios para o Assistente Social que deseja colocar em prática o projeto ético-político da profissão.

Observamos o que Faleiros nos diz:

Os processos vão de mão em mão, engordando suas páginas com pareceres e assinaturas e enchendo as gavetas de funcionários que nada mais fazem que o despacho para outro funcionário. A burocratização brasileira é profundamente centralizada, concentrando em poucas mãos as decisões e boicotando a população quanto à informação sobre seus pedidos e demandas. (FALEIROS, 1985, p. 51)

O processo de burocratização é prática recorrente, onde ao final o assistente social fica à mercê do Secretário ou do fundo (recurso financeiro) para a liberação do instrumento necessário para dar prosseguimento ao atendimento ou como moeda de troca, reiterando a prática clientelista.

O clientelismo se caracteriza por uma forma de espoliação do próprio direito do trabalhador de ter um acesso igual aos benefícios sociais, pela intermediação de um distribuidor que se apossa dos recursos ou processos de consegui-los, trocando-os por formas de obrigação que se tornam débitos da população. (FALEIROS, 1985, p. 51)

Através de sucessivas aproximações com a realidade institucional, fomos conhecendo um pouco mais a Instituição, movimento necessário para entender sua estrutura, funcionamento, missão, objetivos, público atendido, redes sociais de atendimento e as demandas que chegam ao profissional do Serviço Social.

Assim a experiência do aluno durante o tempo do estágio supervisionado em uma instituição contribuiu de forma rica na sua formação acadêmica. Todos os aparatos que lhe foram oferecidos e apresentados fizeram com que o estudante tivesse uma nova visão tanto da instituição como da conjuntura onde estava inserido.

É importante ressaltar a questão dos pontos positivos e negativos durante todo o período de estágio, pois assim o assistente social possuirá uma formação acadêmica que o habilita observar os fatos em sua totalidade, negando qualquer senso comum.

Nos estudos aos quais nos envolvíamos como aprendiz de Serviço Social, concomitantes ao estágio curricular, aprendemos que o profissional de Serviço Social tem como compromisso prestar atendimento social aos pacientes e familiares, identificando as mais diferentes expressões da questão social, que se revelam como fatores impeditivos para que consigam alcançar melhores condições de saúde.

O trabalho com pessoas hospitalizadas e seus familiares torna visível a vulnerabilidade que acomete todos os que passam por essa situação, mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade devido à enfermidade, muitas pessoas têm seu sofrimento agravado por desconhecerem seus direitos de cidadania. (FERREIRA; LUNARDI, 2007, s.p.)

A ação dos Assistentes Sociais objetiva a promoção da saúde mental integral do paciente, no sentido de atender, apoiar, facilitar a compreensão, dar suporte ao tratamento, auxiliar a entender os sentimentos, prestar esclarecimento sobre a doença e fortalecer o grupo familiar. (FERREIRA, 2007, s.p.)

O Serviço Social no Brasil é regulamentado como uma profissão liberal, mas, no sentido prático do termo, não tem sido assim. Segundo Iamamoto e Carvalho (2000) existem traços liberais no código de ética<sup>2</sup> que o rege. A falta de rotina da intervenção, a relação singular com os usuários possibilita certo espaço para a atuação técnica, mesmo diante da indefinição do "que é" e o "que faz" esse profissional, reconhecemos que se abrem possibilidades de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem a demanda institucional.

As políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social compõem o sistema de Seguridade Social. Reconhecem-se assim suas relevâncias sobre outras políticas sociais, embora estas sejam também fundamentais a cidadania.

O que queremos enfatizar é que o sistema de seguridade de um "Estado-Nação" oferece sustentabilidade e segurança ao indivíduo frente a qualquer adversidade em seu cotidiano.

---

<sup>2</sup> A partir de 1986 a atualização do Código de Ética já imprimiu um novo olhar com a Intenção de Ruptura e com o Conservadorismo. Em 1993 essa Ruptura do Conservadorismo se consolidou e o enfoque se determina por equidade, igualdade, justiça, liberdade, pluralismo.

A Seguridade Social no Brasil está inserida na Constituição Federal de 1988, no art. 194, “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”.

A lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (Lei Orgânica Da Seguridade Social), estabelece em seu artigo 2º que:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, 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. (BRASIL, 1991, s.p.)

Assim, em seu parágrafo único a lei nº 8.212 nos informa que as atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá ao princípio do acesso universal e igualitário.

Os profissionais de Serviço Social têm como uma de suas áreas de intervenção, os setores institucionais de atendimento a usuários dos serviços de saúde.

De acordo com a lei. No 8.662, de 7 de junho de 1993 que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências:

Art. 1º É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta lei.

Art. 2º Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social:

Parágrafo único. O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta lei.

E conforme a lei, os assistentes sociais:

- Realizam estudos e pesquisas para avaliar a realidade e emitir parecer social e propor medidas e políticas sociais;
- planejam, elaboram e executam planos, programas e projetos sociais;
- prestam assessoria e consultoria a instituições públicas e privadas e a movimentos sociais;
- orientam indivíduos e grupos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando o acesso aos mesmos;
- realizam estudos socioeconômicos com indivíduos e grupos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais e
- atua no magistério de Serviço Social e na direção de Unidade de ensino e Centro de estudos. (BRASIL, 2011, s.p.)

Sendo assim o Assistente Social de acordo com o que preconizam as referidas leis é o profissional que contém informações para corresponder às demandas de pessoas em atendimento numa unidade emergencial de saúde, em que estes cidadãos estão muitas vezes desprovidos dos alicerces que têm, de acordo com as leis de proteção que compreendem os poderes públicos de assegurar os direitos básicos de pacientes e familiares.

Como informa Iamamoto (2007), o serviço social tem um:

[...] projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjadas a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. (IAMAMOTO, 2007, p. 416)

E conforme Selma Frossard Costa, (2016, s.p.):

O Serviço Social é, portanto, uma profissão que atua com pessoas e grupos e nas relações estabelecidas no cotidiano social que afetam ou podem afetar o acesso e o usufruto de direitos sociais garantidores da inclusão social e do usufruto a bens e serviços produzidos e construídos coletivamente.

A ação principal do profissional de Serviço Social é prestar atendimento nos aspectos socioeconômicos dos usuários, envolvendo a família, sociedade civil organizada, contribuindo para sua recuperação, reinserção social e resgate de sua cidadania. É neste cenário que o profissional do serviço social tem sua atuação, intervindo no seguimento com o indivíduo.

Almeja-se que este profissional seja polivalente. No entanto, observamos que no desenvolvimento de outras habilidades além da sua competência profissional, os profissionais da saúde realizavam tarefas que não deveriam ser de sua competência, mas diante da necessidade e emergência da situação acabavam fazendo com que assumissem este papel.

Conforme Serra (2000), ao analisar uma demanda deve se levar em conta o que está além da aparência, há que se ter um duplo movimento de análise em relação ao conhecimento das mesmas.



Primeiramente é imprescindível identificar as necessidades do capital e do Estado, em especial, em face das alterações estruturais de hoje, para que se possa, em decorrência, identificar as imposições e demandas que um e outro estão colocando à profissão, em particular. Por outro lado, a exigência é romper com os véus da aparência das necessidades sociais, determinadas por estas alterações econômico-políticas, identificando-se as reais necessidades do outro polo da intervenção profissional – a classe trabalhadora, público-alvo da atuação da profissão. (SERRA, 2000, p.162)

O Assistente Social não deve deixar de lado a demanda do usuário ele deve procurar intervir em situações que estão ao seu alcance, com base no Código de Ética, com atribuições e competências da sua profissão.

Retratar o trabalho do Assistente Social em hospital de emergência significa estar atento a algumas características que desvendam a particularidade desse complexo processo de trabalho cuja estrutura é medida por uma política de estado que consolida o trabalho. (OLIVAR; VIDAL, 2006, p. 140-155).

O trabalho desenvolvido pelo Assistente Social tem uma intenção, um compromisso que, segundo seu Código de Ética, remete a uma visão ao mundo que possibilita a realização de ações transformadoras.

Ao intencionar práticas humanizadas, o assistente social precisa reconhecer que o processo saúde-doença é influenciado por fatores emocionais, físicos, sociais e ambientais. Nesse sentido, é importante lembrar que o tratamento físico somente do paciente, a estrutura malfadada ao descaso das instituições de saúde, pode acometer o profissional a tratar o ser humano como mero procedimento de rotina sem observar a pessoa que ali está.

Como afirma Sinno (1987, s.p.), não se admite mais o tratamento do doente como mero objeto. Este deve assumir uma conotação humana, de troca de experiências, gestos, propiciando uma comunicação mais efetiva.

De acordo com Mezomo (1995, s.p.), o ponto básico das relações humanas é a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, baseado no respeito das próprias individualidades. Cada pessoa é transmissora de pensamentos, hábitos e emoções. Não havendo boa comunicação dos hábitos, ideias, sentimentos e ideais, não serão possíveis a ordem e a coesão entre as pessoas.

Bordenave (1985) considera que:

[...] as pessoas se relacionam entre si, transformando-se, mutuamente, e a realidade que as rodeia. Sem a comunicação, cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. Pela comunicação, as pessoas compartilham experiências, ideias e sentimentos. Ao se relacionarem, como seres interdependentes, influenciam-se mutuamente e, juntas, modificam a realidade onde estão inseridas. (BORDENAVE, 1985, p.36)

Segundo Freire (1983, p.29), “não podemos nos colocar na posição de ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”. Qualquer ponto de vista que seja adotado, precisa considerar o homem como sujeito de sua educação, observando o saber técnico e o saber popular. Os valores não são confrontados, mas discutidos e analisados.

O Assistente Social, como profissional operativo e compromissado com o seu Código de Ética deve manter uma compreensão clara das suas funções, não atribuindo exigências do sistema que possam afetar seu exercício profissional. O profissional deve sempre estar atento as informações referentes a imposição pratica aos direitos sociais do usuário sendo sujeito de valor, onde sua demanda é legítima.

Segundo normas de trabalho este profissional tem função específica de ter a observância dos direitos do usuário e não na burocracia do sistema, que pode retarda-lo ou até mesmo não lhe imputar direito. Sendo assim o Assistente Social se pautará somente nos direitos de inclusão que o usuário tem, sem observância de nenhuma moralidade. Como afirma Barroco (1994), sobre a questão.

Afirmamos ser moralista o profissional que visa dar ou não um benefício a partir de uma avaliação moral do comportamento dos usuários, tendo como parâmetro deveres tradicionalmente tido como corretos, deveres que não são analisados crítica e historicamente em sua particularidade em dado contexto específico. Nesse sentido, o parecer social visa comprovar se o usuário está ou não mentindo, o que coloca a ação profissional fundada no comportamento moral, tomado abstratamente, e não no direito do usuário que se insere no contexto de exclusão social, em todas as dimensões de sua vida social. Uma análise ética das condições alienadas da vida social irá mostrar que, muitas vezes, a mentira, é a única possibilidade posta ao usuário que receber aquilo que é de seu direito como trabalhador. (BARROCO, 1994, p.6-7)

O sujeito humano responsável, ético e social por suas relações, deve ter a virtude da ética e justiça para poder aplicar o seu conhecimento em favor do seu semelhante que busca

auxílio, onde quer que vá. Nisso o Assistente Social deve estar à frente de situações cotidianas, pois o ponto de vista capitalista impregnado na globalização, leva a exclusão majoritária deste usuário. Não se deve a bem querer justamente se impor por talvez ter o poder nas mãos. Deve este profissional ser antes mesmo como já dito, se revelar como ser humano socialmente ético para atender as expectativas deste usuário e seus familiares.

O Assistente Social no exercício de sua função, objetiva justamente o acolhimento, ao usuário dos serviços sociais, especialmente aqueles que sobrevivem com uma renda abaixo da capacidade para sobrevivência, considerando-os como os verdadeiros excluídos de atenção do Estado e público das políticas sociais. Como diz Sposati (1999, p. 67), a exclusão é a situação de privação coletiva que inclui a pobreza, a discriminação, subalternidade, a não equidade. A não acessibilidade, a não representação pública com situações multiformes.

Assim considera-se este profissional, compromissado e responsabilizado pelo seu Código de Ética, na proposta de sociabilizar as informações dos direitos sociais do usuário, dando um parecer social totalmente baseado em justiça, ética e humana, que beneficia toda a sociedade no contexto social e democrático.

A dificuldade que se tem de aplicar este compromisso é enorme, pois na prática operativa, é comum encontrarmos usuários sem informação sobre os seus direitos sociais e o que eles podem fazer.

É neste sentido que tem de haver uma prática reflexiva, crítica, da informação na tentativa de discutir a prática laborativa no atendimento ao usuário.

Vasconcelos (1997) nos diz que:

Uma prática, voltada para a criação/reprodução de relações solidárias, horizontais, democráticas, não se encontra na forma acabada. É o produto de relações sociais entre sujeitos diferentes, uma relação que tem como princípio a aceitação e o respeito às diferenças. Ser solidário não significa ser igual. Significa ter e partilhar interesses e responsabilidades recíprocas. É neste sentido, e por ser diferente, que o assistente social ao ocupar o lugar do profissional (lugar que é seu por direito, nas instituições públicas, privadas, nos movimentos sociais, na medida em que passa por uma formação prévia), tem a responsabilidade e o dever de trazer para esse espaço o complemento, o diferente, o novo, o desconhecido, a informação inacessível, o saber, o conhecimento impossível de ser produzido pela população, exatamente pela inserção que tem na realidade social. (VASCONCELOS, 1997, s.p.)

Não se pode deixar de pensar ainda, que o Assistente Social se vê muitas vezes diante de situações institucionais impregnadas de assistencialismo, conforme cita Guerra (2000).

(...) não podemos, no entanto, esquecer que, por sua vinculação histórica com o trabalho filantrópico, voluntário e solidário, a Assistência Social brasileira carrega uma pesada herança assistencialista que se consubstanciou a partir da matriz do favor, do apadrinhamento, do clientelismo e do mando, formas enraizadas na cultura política do país, sobretudo no trato com as classes subalternas. (GUERRA, 2000, p.75)

No contexto da atualidade, o serviço social está ligado a defesa do trabalhador, o profissional na prática cotidiana precisa remodelar o ato de atender o usuário, precisa manter uma ilibada democracia solidária, assim este profissional ocupará seu lugar de destaque na sociedade.

A socialização das informações para o atendimento de sujeitos políticos e críticos está ligado a condições de prévia vontade entre assistente social e este usuário. Infelizmente o Estado é quem define que tipo de política será oferecida ao usuário. Partindo do contexto que tal ação necessita sempre de dinheiro em caixa, a instituição não consegue oferecer muita coisa ou nada tem para oferecer. Assim temos uma política do faz de conta, onde se materializa um atendimento repetitivo, impregnando desejos, vontades e necessidades de quem opera o atendimento ao assistido.

A profissão de serviço social é necessária para de algum modo otimizar a atenção ao atendimento dos trabalhadores, público alvo das políticas sociais, pelo Estado. O assistente social investido na função que lhe é dada, contribui para o usufruto de serviços e benefícios sociais. Reconhece para tanto, que o usuário, além de ser um cidadão político, mesmo talvez sem ter conhecimentos dos seus direitos, é um cidadão em essência. Sendo assim, os profissionais devem procurar os conhecimentos do paciente, pois sempre há uma troca de saberes um diálogo entre pessoas.

O Ministério da Saúde prioriza as ações de proteção e promoção a saúde de forma humanizada e continua. A humanização do sistema de saúde depende do profissionalismo do agente de saúde, na qualidade total administrativa da unidade de saúde, para lidar com a fragilidade do usuário e seus familiares.

Um aspecto crucial para a humanização do atendimento entendido como processo, diz respeito aos mecanismos de gestão dos hospitais: há muito se sabe que a gestão hospitalar necessita de novos caminhos, e vários esforços têm sido realizados neste sentido. Dentre os vários matizes de gestão, variáveis de hospital para hospital, as equipes intervenientes depararam-se com uma estrutura altamente verticalizada, submetida a uma racionalidade gerencial burocrática e formalista (CARNEIRO; MACEDO, 2007, p.63-70).

Por humanização entende-se a retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 561-571). É saber promover o bem acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. (LEPAUGNEUR, 2003, s.p.).

Humanização é:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2004, p.05)

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) tem como objetivo a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que atendem o usuário, não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. Para os profissionais significa o resgate do verdadeiro sentido de suas práticas, sentido e valor de atuar numa organização de saúde. Não há humanização sem a realização pessoal e profissional dos que a fazem. A humanização é um projeto coletivo em que toda organização se reconheça e se valorize. O objetivo principal é o resgate das relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, s.p.)

Segundo Campos (2000, p. 219-230) no campo das políticas de saúde, humanização diz respeito a transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores. A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de sujeitos de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições

de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

A experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc. É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado. Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que apresenta propostas concretas e ações claramente definidas. (BRASIL, 2001, p. 5).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com a finalidade de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário e conseqüentemente ao trabalhador. Estas iniciativas estavam inseridas num cenário ambíguo em que havia uma reivindicação de atendimento humanizado por parte dos usuários e alguns trabalhadores, e secundarizada e às vezes banalizadas pela maioria dos gestores e alguns trabalhadores. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, s.p.)

Segundo os autores acima citados, havia uma urgência em se encontrar outras respostas a crise da saúde pautadas em discursos que identificavam a falência do modelo do SUS. Os usuários reivindicavam o direito ao acolhimento com resolutividade e os profissionais lutavam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, havia uma crítica as propostas humanizantes no campo da saúde que apontavam que as iniciativas em curso, se reduziam as alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

O objetivo do programa de humanização foi inicialmente a capacitação dos trabalhadores em lidar com as dimensões psicossociais dos usuários e seus familiares. Através do estímulo de trabalho multiprofissional, entendia-se que esta seria uma das condições

indispensáveis para a eficácia da prática humanizada, devido à exacerbada tecnificação e especialização dos atos realizados por profissionais de saúde e o surgimento de novas formas de organização do trabalho resultando no afastamento progressivo dos profissionais de saúde em relação aos usuários sob sua responsabilidade, diminuindo assim o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas. (FORTES, 2004, s.p.)

Além do PNHAH algumas outras ações e programas foram instituídos pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 e 2002 com a finalidade da busca de qualidade e satisfação do usuário. Dentre estes programas podemos destacar a instauração da Carta do Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares -PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento (2000); Norma de atenção Humanizada de Recém-nascido de Baixo Peso- Método Canguru (2000). Estes programas acompanham uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização e qualidade, mesmo que a palavra humanização não esteja inserida em todos os programas existe o foco entre eles relacionado à atenção e satisfação dos usuários. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, s.p.)

A questão da Educação em saúde e humanização hospitalar é complexa e paradoxal, pois as problematizações acerca do atendimento em unidade de saúde visa a cura física, psíquica ou a cura do ser humano? Independentemente qual seja a resposta segundo Nascimento e Rezende (1988):

[...] a educação para a saúde sempre foi desenvolvida como um conjunto de medidas para induzir as pessoas a adotarem atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e a prevenção da doença embora utilize metodologias tais como: orientações, aulas e demonstrações, geralmente com conteúdo estritamente teóricos e desvinculados da realidade e das necessidades da população. (NASCIMENTO; REZENDE, 1988, p.68)

Figueroa (1997), afirma que o papel de educador em saúde:

[...] deve estar não somente preparado na área específica do seu desempenho profissional como também possuir conhecimento da educação, ética e postura filosófica, que lhe permitirá responder as necessidades de aprendizagem dos usuários e respeitar a livre vontade dos mesmos em relação a aceitar o que lhe é apresentado. (FIGUEROA, 1997, p. 131- 147)

A saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo SUS. No entanto essa reconstrução do sistema de saúde não é uma tarefa fácil, pois vai além do questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais, portanto para a sua consolidação torna-se necessário a criação de forma que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania (PUCCINI; CECILIO, 2004, p. 1342-53).

A humanização pode ser compreendida como a democratização das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores. A Política Nacional de Humanização (Humaniza/SUS) é entendida como um modelo de produção de cuidado com maior resolutividade e como foco central na comunicação e troca de informações entre os saberes, diálogo, escuta e decisões compartilhadas entre trabalhadores, gestores e usuários (KLOCK et al., 2006, p. 73- 117).

Segundo Pache, (2003), a humanização significa que:

O paciente não é uma doença ou um paciente apenas, é acima de tudo um ser humano, um indivíduo, que tem família, planos, sonhos e sofre por ser extraído de uma hora para outra de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável a uma doença. Para que haja mudanças no atendimento na área hospitalar e possa responder aos anseios dos usuários e profissionais, a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor da saúde. (PACHE, 2003, p.701-708)

Convém observar como será a implantação dos preceitos da Política de Nacional Humanização Hospitalar em prática diária, e o compromisso de quem está envolvido.

Desafio torna-se ainda maior, uma vez que, o cenário com o qual nos deparamos objeto da necessária transformação, é permeado por conflitos de interesse e tramas de poder. [...] O problema está colocado, quando se observa que para a efetivação da política de humanização, é preciso comprometer os profissionais de saúde, estreitar as relações entre os profissionais e a relação destes com os usuários, sendo necessária a aproximação crítica em relação à forma como os profissionais se organizam, necessariamente esbarra-se em hierarquias, hegemonias e premissas de liberdade e autonomia do médico, que são bens inegociáveis. Portanto são muitos os desafios para a efetivação dessa política, ainda mais se ela não significar simplesmente uma vitrine para o alcance da acreditação, o que de fato vemos acontecer em várias instituições, mas sim representar uma proposta honesta e comprometida com seus ideais (MACEDO, 2007 p. 8).



Os desafios enfrentados em qualquer área são sempre grandes, e é importante informar que para haver mudanças na prática deve-se repensar sobre crenças e valores, apontados para os usuários e seus familiares que buscam um atendimento humanizado. E, sempre que algo seja feito com qualificação, esforço e vontade, pode-se superar e assim conseguir alcançar as metas traçadas em prol deste ou daquele objetivo.

Por fim humanização nada mais é do que o conjunto de ações que valorizam e qualificam a prestação dos serviços de saúde oferecidos pelo sistema ao usuário e seus familiares.

## 2 NOTAS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O que dizem os autores sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências? Esta é a direção que assumimos na narrativa deste capítulo.

Temos como preocupação evidenciar que as urgências compõem uma diversidade de situações corriqueiras do cotidiano<sup>3</sup>, que não se revelam como rotinas, mas como acidentes que uma vez inesperados e inevitáveis, necessitam da atenção da rede de saúde.

Afirmamos que diante deste cotidiano corriqueiro e trivial, conforme Lefebvre (1991) o pontua, os atendimentos emergenciais das unidades de saúde estariam sujeitos a uma fraqueza de atendimento pela rotina trivial e diária, rotina essa que pode comprometer a ação profissional. Mas, diante da possibilidade de se reconhecer a grandeza desse mesmo cotidiano, considerando o movimento do real, os serviços podem operar com mais qualidade a partir de práticas humanizadas de intervenção.

As pressões sobre os serviços de emergência têm aumentado em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências, sob modelos distintos (POZNER, 2003, p. 239-44).

A sociedade contemporânea delegou ao Estado a prerrogativa de cuidar da saúde humana, que na maioria das vezes o sistema não consegue suprir, talvez por ineficiência ou crise imediata sem previsão, como uma catástrofe de doenças por exemplo.

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar a dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 119).

---

<sup>3</sup> “Na ótica lukacsiana, a vida cotidiana é insuprimível. Não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana. Enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ineliminável [...] se em toda sociedade existe e se põe a cotidianidade, em cada uma delas a estrutura da vida cotidiana é distinta quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades e aos comportamentos diferenciados dos sujeitos coletivos (grupos, classes, etc.) em face da cotidianidade” (NETTO, 1996, p. 66)

No Brasil, o atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. Ainda assim, somente no começo dos anos 2000 o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área. (MACHADO, 2007, s.p.)

Como Machado informa, no Brasil levou-se um tempo para basicamente iniciar um pensamento de estruturação do atendimento de saúde e que até os tempos atuais é deficitário.

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2003, s.p.)

A política de atenção a urgência é muito válida, mas não devemos pensar somente no atendimento final, mas também nos agentes causadores desta urgência.

Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. (BRASIL, 2003, s.p.)

Isto revela exatamente o desconhecimento da causa geradora da urgência, não se tem conhecimento prévio, ou não se faz um diagnóstico prevendo tal urgência.

Em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências através da Portaria N. ° 1863/GM, em 29 de setembro de 2003, que, Resolve.

Art. 1 - Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:

1. Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios). (BRASIL, 2003, s.p.)

De modo político é muito importante esta decisão, formalizar documentalmente normas de atendimento para que seja padrão, levando assim um controle maior na atenção ao usuário em atendimentos nestas unidades de atendimento emergencial.

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção. (SANTOS, 2003, s.p.)

A partir da implantação desta concepção de atendimento visa-se o controle do atendimento oferecido, partindo de uma triagem imediata procurando atender a primária necessidade do usuário e assim o encaminhar para unidade que mais possua meios para atendê-lo.

Os seguintes componentes foram considerados para a organização de redes de atenção integral às urgências: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências); pré-hospitalar móvel (SAMU); hospitalar; e pós-hospitalar (atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral) (SANTOS, 2003).

Em 2011, buscando uma atualização e melhora nos atendimentos de urgências e percebendo a depreciação do mesmo, o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, estabelece que:

Considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (BRASIL, 2011, s.p.)

Todo projeto ao longo do tempo deverá ser revisto, buscando a sua atualização para que não caia em desuso exatamente por não suportar os meios de um mundo novo, de uma época mais evoluída, já com modelos novos e padrões atualizados. A implantação de uma rede emergencial provavelmente terá melhoria, desde que o atendimento não esqueça a atenção ao humano, ponto este que estas redes muitas vezes esquecem-se de trabalhar.

No Brasil, o tema das redes de atenção à saúde é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem melhorar de maneira significativa os níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS. (MENDES, 2009, s.p.)

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. (FLEURY; OUVENEY, 2007, s.p.)

A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos. (AGRANOFF; LINDSAY, 1983, s.p.)

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (IBGE, 2010).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência/emergência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2011, s.p.)

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. (MENDES, 2011, s.p.)

A formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil acontece, entre outras razões, motivada pela intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, suas filas e superlotação. (O'DWYER; MATTOS, 2012, s.p.)

O Ministério da saúde adota como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantindo 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, sendo que a necessidade de se trabalhar dentro deste conceito amplo de saúde deve direcionar a intervenção e a resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento. (BRASIL, 2011, s.p.)

Além disso, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade visando reduzir o alto custo socioeconômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências, doenças cardiovasculares e outros agravos que necessitam de intervenção oportuna, organizada e efetiva. (BRASIL, 2011, s.p.)

Esta situação na atualidade apesar de ter melhorado em alguns aspectos organizacionais e assistenciais ainda se apresenta nas diferentes mídias como algo não resolvido e denuncia em certa medida uma das sérias deficiências do nosso sistema público. Do ponto de vista histórico, pode-se dizer que as preocupações com a assistência às urgências e emergências ocuparam a agenda pública das diferentes formas de organização do sistema de saúde brasileiro conjuntamente com a organização da assistência hospitalar. As concepções relativas ao papel dos hospitais na assistência desses problemas têm variado em modelos mais hospitalocêntricos em que a estrutura de redes era conformada por hospitais locais, microrregional e regional de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços até a sua inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência. (BRASIL, 2015, s.p.)

Como vimos acima, tanto o Estado como os especialistas acreditam que as Redes de atendimento emergencial é um meio plausível para o enfrentamento das crises no atendimento emergencial brasileiro.

Padronizar e priorizar procedimentos torna-se viável no sentido de salvar vidas. Mas, observamos que a prioridade da implantação deste sistema visa à redução de custos operacionais e não em um atendimento humanizado ao usuário.

Percebemos que não há uma preocupação em investir no humano do profissional que estará na linha de frente do atendimento. O aparelhamento do sistema, deixa de lado o profissional, que desmotivado, tanto por não ser valorizado na sua função como também valorizado financeiramente, tendo que sacrificar sua especialização para melhoria do atendimento além de atuar em jornada dupla para vir a ter uma remuneração diferenciada.

## **2.1 Urgências de Trânsito**

Acidentes. Palavra que traduz adversidades, situações inesperadas, surpresas, impactos que acometem o sujeito, paralisando-o a ponto de ser necessário a procura de serviços de atendimento à saúde.

Nesse conjunto, direcionamos nossa atenção para acidentes de trânsito, que no atendimento emergencial revela rotina. A ponto de, no ano de 2002, através da PORTARIA Nº 344, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002, considerando que os acidentes de trânsito, além dos sofrimentos que causam às vítimas e aos seus familiares, geram altos custos hospitalares, perdas materiais e despesas previdenciárias; resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do ANEXO desta Portaria, o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O referido Projeto tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações sistematizadas de prevenção de acidentes de trânsito.

### **1. JUSTIFICATIVA**

Os acidentes de trânsito são um importante problema de saúde pública no País. Visando articular ações de prevenção da morbimortalidade por tais agravos, no âmbito do sistema de saúde, o Ministério da Saúde apresenta o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, com destaque para as medidas a serem implementadas nos aglomerados urbanos onde se concentra



a maior parte da malha viária e as ocorrências de casos e óbitos. (BRASIL, 2002, s.p.)

Com a implantação do sistema único de saúde, o Estado opera para um atendimento a todos igualmente. Neste conceito vai se organizando através de meios que viabilizem este atendimento e esta portaria demonstra interesse em resolver um problema de altos custos e sofrimento familiar, causados por esta nova forma de violência que acomete na maioria dos casos, as grandes concentrações de pessoas no trânsito das metrópoles, gerando muita demanda organizacional.

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes e em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população.

Diversas medidas já foram adotadas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e de promover a capacitação de recursos humanos, grandes esforços têm sido empreendidos na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes

e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda. (BRASIL, 2006, s.p.)

A diversidade de situações encontradas neste tipo de atendimento necessita claramente de um acompanhamento periódico das autoridades que regulam o setor, com a finalidade de explorar meios imediatos e concretos que visem uma estabilização para pronta admissão da unidade emergencial deste usuário vindo de acidente de trânsito.

De acordo com Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), SVS/MS, 2007, o número de acidentes terrestres provocados por motocicletas tem aumentado consideravelmente de 2000 a 2007, bem como de ocupantes de automóveis, tornando-se um problema de saúde pública que extrapola os limites de atuação do próprio setor Saúde, pela necessidade de articulação e desenvolvimento de políticas intersetoriais de promoção e prevenção da saúde, especialmente neste contexto de doenças e agravos por causas externas. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção.

No ano de 2010, segundo dados divulgados pelo DATASUS, registram que foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo 927.201 (8,2%) por causas externas (violências e acidentes). Destas, 145.920 internações (15,7%) foram devido a acidentes de trânsito terrestres. A faixa etária de 15 a 59 anos concentrou 84,9% das internações em homens e 70,8% das internações em mulheres. Entre os idosos (acima de 60 anos), 6,2% eram homens e 14,5% eram mulheres. A Região Sudeste foi responsável por (44,9%) do total das internações. As maiores taxas de internação foram devido a acidentes envolvendo motociclistas no Centro-Oeste (67,2%), Nordeste (37,2%), Norte (35,6%), Sudeste (35,1%) e Sul (23,3%) (DATASUS/SIH). (BRASIL, 2013, s.p.)

Em 2013, o Brasil teve mais de 170 mil internações hospitalares decorrentes de acidentes de trânsito. Homens jovens, de 20 a 39 anos, motociclistas e moradores de cidades do Centro-Oeste e do Nordeste brasileiro foram os mais atingidos. Somadas, as internações representaram mais de 1 milhão de dias parados (permanência em hospitais), média de 6,3 dias para cada paciente, gerando um custo total de mais de R\$ 231 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS), somente no ano em questão. (MS/SUS)

O Brasil através de seu aparato institucional vem demonstrando interesse em solucionar este problema. A questão da violência no trânsito apesar de complexa, necessita de alto investimento, considerando que o tratamento da questão não passa somente pela saúde. Talvez seja por não ter políticas viáveis para o fluxo de pessoas nas metrópoles, onde o sistema viário e caótico, estressante leva a ter toda essa violência que os números declaram.

O Ministério da Saúde mantém programas voltados para a prevenção e a redução de lesões e mortes no trânsito, entre eles o Projeto Vida no Trânsito, lançado desde 2010. Um dos pontos principais do Vida no Trânsito é a qualificação das informações. As secretarias estaduais e municipais de saúde devem fazer a integração dos dados sobre acidentes de trânsito e vítimas (como feridos graves e mortes). A partir daí gestores de saúde devem identificar fatores de risco e grupos de vítimas mais significativos em seus municípios. Caberá às prefeituras, então, desenvolver programas e projetos de intervenção que reduzam esses - fatores e os pontos críticos de ocorrência de acidentes. O projeto prioriza a intervenção em fatores de risco ou segmentos vulneráveis, que são responsáveis pelas causas e pela gravidade dos acidentes de trânsito, como o excesso de velocidade e a associação entre álcool e direção. Entre os segmentos vulneráveis, o motociclista é prioridade. A prevenção das lesões e mortes no trânsito é uma das preocupações centrais na rede de urgência.

Embora a maioria dos projetos vise a intervenção neste tipo de violência, por ter um acometimento maior no índice de elevação de prioridade no atendimento, ainda está sempre em atraso, uma vez que não se consegue diminuir o sofrimento causado por estas adversidades, tanto pelo não funcionamento adequado do projeto ou pela deficiência do mesmo na prática. O próprio Estado, responsável pela aplicação dos recursos investe na cura do usuário ao invés de prevenir a violência através de melhorias no sistema viário, meio gerador da causa do atendimento emergencial.

Dentre os programas para prevenção de acidentes, queremos ressaltar os recursos do Seguro DPVAT do Governo Federal. Do total desses recursos, 50% vão para o pagamento de seguros para acidentados, 45% para o Fundo Nacional de Saúde e 5% para o Denatran, especificamente para aplicação em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito, conforme determina o Decreto 2.867/98. Em 2011, o seguro recolheu cerca de R\$ 6,5 bilhões, dos quais R\$ 304 milhões foram destinados ao Denatran. Esse número, do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) e do Ministério das Cidades,

apresenta uma diferença de cerca de R\$ 31 milhões a menos em relação aos dados divulgados pela Seguradora Líder.

Segundo informações do site do Senado Federal, no Brasil, 26,7% da frota são motocicletas, porém 65,3% das indenizações pagas pelo seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre) por morte e invalidez se referem a acidentes envolvendo motocicletas. Em geral, os acidentados têm entre 18 e 34 anos (40%) e são homens (77%). Os números do DPVAT são um reflexo nu e cru da elevadíssima mortalidade no trânsito no Brasil, revelando uma epidemia negligenciada. De um modo geral, nas indenizações pagas por meio do DPVAT, quando não há morte o que acontece é uma invalidez permanente, porque o corpo é atingido. Uma em cada quatro dessas indenizações foi por perda funcional de um dos membros inferiores, 12% de um dos membros superiores. No total, foram R\$ 1,261 bilhão gastos em despesas com indenizações, em favor de mais de 216.150 vítimas de acidentes de trânsito ou de seus beneficiários. Criado há 37 anos por Lei Federal (6.194/74), o DPVAT é um seguro de responsabilidade civil contra danos pessoais, de abrangência nacional e de caráter obrigatório para todos os veículos automotores terrestres. É pago pelo proprietário para que possa licenciar o veículo, mas dá cobertura a toda a população. Seu objetivo é cobrir danos pessoais causados por veículos ou por suas cargas, a pessoas transportadas ou não. Há dois tipos de indenização: por morte, no valor de R\$ 13,5 mil, paga aos herdeiros legais, como estipula o Código Civil; e por invalidez permanente, no mesmo valor paga diretamente à vítima de acordo com o percentual da invalidez permanente comprovada.

Durante o período de estágio na Emergência do HFM, foi identificado a necessidade de levar informações a respeito do acesso à direitos, benefícios e seguros de forma mais efetiva. Observamos assim, que se constituiu em demanda recorrente, o acesso a direitos dos usuários, onde há grande necessidade de informações sobre acesso ao seguro DPVAT, aos direitos trabalhistas decorrentes de um pós-acidente ou de quadro clínico que demande afastamento temporário do trabalho, por ser um Hospital de Emergência onde são atendidos com mais frequência acidentes de trânsito, atropelamento, agressões físicas, tiros, esfaqueamento, queimaduras, acidentes de trabalho, intoxicação, entre outros, se fez necessário a intervenção quanto o acesso aos direitos dos usuários, suas maiores demandas.

Pensando nisso, o acesso ao direito do recebimento do Seguro DPVAT foi uma das intervenções mais solicitadas pelos usuários e atualmente nota-se que pessoas, utilizam de

subterfúgios para obter vantagem sobre outros. O Serviço Social por meio desta intervenção pode desenvolver um trabalho efetivo de orientação aos acompanhantes e familiares dos pacientes que se encontram internados, trabalho este feito na porta de entrada da emergência e no setor da Traumatologia, onde os pacientes são levados e ficam à espera de uma cirurgia para resolver seu trauma. Infelizmente, foi constatado que o hospital é a porta de entrada de atravessadores, pessoas que encontram na desinformação sobre o DPVAT, uma oportunidade de ganhar dinheiro fácil, porque algumas pessoas acreditam que para requerer o seguro necessitam de terceiros e pagam caro pelo serviço que, se bem orientado, pode ser agilizado e requerido pelo próprio usuário ou seu familiar direto.

O Assistente Social intervém de forma pedagógica no modo de pensar e agir da sociedade é aquele que possibilita a tomada de consciência por parte de um grupo resultando assim em uma emancipação e humanização por meio de informações oferecidas aos usuários.

A educação e o ensino é o principal caminho para a emancipação do sujeito, e segundo Gramsci (1999), é o principal meio para que sujeitos acríticos se tornem sujeitos conscientes. Assim, o acesso do usuário a informação lhe proporciona maior participação social referente à sua conquista de direitos. O assistente social de maneira qualificada por meio de sua intervenção promove a garantia dos direitos do usuário por meio da socialização de informações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios enfrentados em qualquer área são sempre grandes, mas sempre algo que com esforço podemos superar para assim conseguirmos alcançar as metas traçadas em prol daquele objetivo. O sistema de saúde atual ainda está longe de ser o ideal, muito se tem feito, mas um feito sem medidas talvez. É necessário que se promova uma filosofia de saúde, onde o usuário não seja objeto de tratamento e sim um cidadão como qualquer outro, só que naquele momento está na condição de necessidade de cuidados de saúde.

O Assistente Social em unidades de atendimento de emergência ou qualquer unidade de saúde, sabe do dano que o paciente passa para seu atendimento. Percebe-se o descaso do Estado, seu sucateamento, e total desrespeito a vida humana.

Os assistentes sociais que trabalham em hospitais, em geral, se veem de frente a grandes dilemas, perante um processo que aspira a uma reforma profunda do sistema de saúde.

O Brasil necessita de gestores na área de saúde que implementem situações praticas, honestas e principalmente transparentes quanto a utilização dos investimentos. Não podemos deixar que boa parte do que é investido seja escoado para mãos de gestores corruptos ou má aplicação dos mesmos.

O grande e potencial problema da saúde brasileira está exatamente na utilização do que é investido. O que se perde com isso é que o se discute sempre; o atendimento de qualidade ao usuário final.

Os projetos e políticas de melhorias do Ministério da Saúde muitas vezes reproduzem copias de outros países, não que os mesmos não sejam bons, ainda precisa ser percebido pelos pacientes, talvez pelos próprios profissionais de saúde, pois não há uma humanização no quadro de profissionais que atenderão o usuário, não há a implementação da política de humanização nas instituições de saúde.

A Reforma Sanitária universalizou as políticas sociais garantindo assim os direitos sociais. Mas desde então está perdendo o seu eixo principal, que é o atendimento único para todos com qualidade e humanizado para a política de ajuste do Estado, que tende a oferecer o

mínimo aos mais pobres, provocando uma disputa de interesses individualistas, tirando todo o conceito progressista do projeto.

Sendo assim, com a perspectiva de perda desde conceito e o surgimento ou até mesmo o apadrinhamento para que estes profissionais saiam desde campo assistencial e comecem a rever posições de destaque, como cargos de patente julgados superiores na área de saúde ao invés de ficar em contato direto com o assistencialismo.

O profissional Assistente Social está tendenciado a ter a profissão como meio de sobrevivência. Instituições de saúde têm sido espaço privilegiado para intervenção. Muitas vezes, pressionado pelo sistema, passa a expressar um atendimento automático, mecânico, atuam somente para o atendimento imediato, como resposta a desafogar o trânsito do atendimento da instituição.

O compromisso com a atenção humana, requerendo práticas desalienantes, facilitando o atendimento do usuário, as instituições devem ser o norte para a intervenção profissional.

É imprescindível uma reflexão do profissional Assistente Social e sua função na área de saúde para o bem-estar final do usuário como seu semelhante, melhor, é imprescindível uma educação da população deste país, uma educação do que é ser cidadão, no seu conceito mais intrínseco. O cidadão precisa se educar, não uma educação de ideologias, precisa ver seu semelhante como semelhante, respeitar o ser humano como um ser da raça humana, sem distinção de pensamentos. Isso é primordial para entendermos o que é tratamento humanizado.

Portanto é fundamental para que a ação em toda e qualquer política, o profissional e o usuário se tratem com dignidade e ética humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. **Intergovernmental Management**: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review*, v.43: p. 227-238. 1983.

ANJOS, K, C; EVANGELISTA, M, R, B; SILVA, J, S; ZUMIOTTI, A, V. **Artigo: Pacientes Vítimas de Violência de trânsito**: Análise do Perfil Socioeconômico, Características do Acidente e Intervenções do Serviço Social na Emergência, Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522007000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000500006) Acesso em 05 jun 2017

BARROCO, M. L. **Uma reflexão ética sobre a prática profissional do serviço social no INSS**. São Paulo: mimeo. 1994.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/texto91.pdf>. Acesso em: 30 jun 2017.

BORDENAVE, Juan E. Díaz **O que é Comunicação**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL, Lei Federal nº 8212. **Lei Orgânica da Seguridade Social**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília. Senado Federal, 24 de julho de 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm) - Acesso em: 07 mai 2017

BRASIL, Lei Federal nº 8742. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília. Senado Federal, 7 de Dezembro de 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm) - Acesso em: 07 mai 2017

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília DF: CONASS, 2015

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) - Acesso em: 07 mai 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Ampl. Brasília DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. *São Paulo; Huncitec*; 2000.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei 8662/1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm) Acesso em: 07 mai 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. Brasília: Cidade Gráfica e Editora Ltda, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS) - 11ª Região. Comissão de Orientação e Fiscalização. **Orientação nº 04**. Curitiba. 2013

COSTA, Selma Frossad, **Qual a diferença entre Serviço Social e Assistência Social?** Disponível em: <http://blog.unifilead.com.br/servico-social/qual-diferenca-entre-servico-social-e-assistencia-social/> Acesso em: 08 mai 2017

FERREIRA, M, S, S; LUNARDI, L, S. **Artigo: Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana**. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/7/10](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/7/10) Acesso em: 08 mai 2017

FIGUEIROA, Alejandria A. **Livre vontade do usuário frente à educação em saúde**. Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.6, n.3, p.131-147, set/dez.1997.

FLEURY, S. M. T. & OUVENEY, A. M. – **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FORTES PAC. **Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde Soc [periódico na Internet]. Set/Dez Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 01 jun 2017

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M, V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**, Edição 16, Editora Cortez, 2000. p. 71- 92.

IAMAMOTO, M. V; **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro, IBGE, Ministério da Saúde, 2010.

KLOCK, Luciana Lúcio; GALVÃO, Claudia Raff; CHANES, Marcelo. **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. In: FEDERIGHI, Waldomiro José Pedroso. O enfoque do planejamento estratégico na gestão hospitalar. São Paulo: Edições Loyola, 2006. p. 73- 117.

LEFEBVRE, Henri. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991

LEPAUGNEUR, H. **Princípios de autonomia**. Em C de A. Urbin (Org), Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter. 2003

MACEDO, J. J. M. (2007). **A criação de uma brinquedoteca hospitalar com enfoque psicodramático**. In: Viegas, D. (Org). Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak Editora.

MACHADO, C. V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90**. Cad Saúde Publica, São Paulo, v. 23, n. 9, p. 2113-26. 2007

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 1.

MEZOMO, J. C. **Relações Humanas e Humanização do Hospital**. Vol. 1. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1995.

NASCIMENTO, Estelina S. do; REZENDE, Ana L. M. de. **Criando Histórias, Aprendendo Saúde**. São Paulo: Cortez, 1988.

NETTO, José Paulo. Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

O'DWYER G, MATTOS RA. **O SAMU, A Regulação no Estado do Rio de Janeiro e a Integralidade Segundo Gestores dos Três Níveis de Governo**. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2012; 22 (1): 141-160, 2012.

OLIVAR, M, S, P; VIDAL, D, L, C. **O Trabalho dos Assistentes Sociais em Hospitais de Emergência**. Revista do Serviço Social e Sociedade, Edição 92, p 140 - 155. 2006.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. **A humanização na assistência à saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006.

PACHE, D. F. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Interface, Botucatu, 2003. Disponível em: [.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832009000500021&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500021&). Acesso em: 05 jun 2017.

POZNER, C. N et al. **International EMS systems: the United States: past, present and, future.** Resuscitation, Rockville Pike, v. 60, n. 3, p. 239-44, mar, 2004

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1342-53, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>. Acesso em: 05 jun 2017.

SANTOS, J. S. et al. **Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP,** adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto, v, 36, n. 2/4, p. 498-515. 2003.

SIMÕES, S.M.F. CONCEIÇÃO, R.M.O. **Parto humanizado: significado para a mulher.** Rev. Enferm. Brasil, v. 4, n.1. p. 36-42. 2005.

SPOSATI, Aldaíza. **Globalização da economia e processos de exclusão social.** Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília, CEAD/ CFESS/ ABEPSS, 1999. Módulo 1.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e a prática reflexiva.** Em Pauta, Rio de Janeiro, UERJ, n. 10, p. 131-181, jul. 1997.