

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
LÚCIA DE FÁTIMA FERNANDES DO NASCIMENTO

AVANÇOS E RETROCESSOS DO HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE
VASCONCELOS MAIA

Mossoró/RN
2010

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
LÚCIA DE FÁTIMA FERNANDES DO NASCIMENTO

AVANÇOS E RETROCESSOS DO HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE
VASCONCELOS MAIA

Monografia apresentada à
Faculdade de Enfermagem Nova
Esperança de Mossoró FACENE/RN
como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Mossoró\RN

2010

LÚCIA DE FÁTIMA FERNANDES DO NASCIMENTO

**AVANÇOS E RETROCESSOS DO HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE
VASCONCELOS MAIA**

Monografia apresentada como trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, pela comissão formada pelos seguintes professores:

Data da Aprovação: ____ \ ____ \ ____

Prof. Msc. Francisca Patrícia B. De Carvalho
Orientadora - FACENE/RN

Prof. Msc. Johny Carlos de Queiroz
Co-Orientador – FACENE/RN

Prof. Leonardo Carlos Rodrigues Menezes
Membro – FACENE/RN

Aos meus filhos que sempre me deram força para enfrentar essa batalha, meus amores eternos.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos difíceis com todo apoio, abnegando-se muitas vezes dos seus objetivos para que eu atingisse os meus.

Aos meus irmãos, pelo apoio e encorajamento para que eu conseguisse vencer os muitos obstáculos.

Essa conquista é de vocês.

DEDICO!

AGRADECIMENTOS

Essa conquista não é individual; muitas pessoas contribuíram para a realização desse objetivo, cada qual ao seu modo, mas todos merecem o meu muito obrigado.

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida.

Aos meus pais, pela compreensão, por todo amor e dedicação. Nunca esquecerei o quanto vocês me ajudaram, o quanto me apoiaram, e acreditaram no meu potencial muitas vezes abnegando-se. Não sei como poderei retribuir tanta dedicação e nem sei se é possível, todavia quero que saibam que lhes amo muito.

Aos meus filhos pelo carinho e motivação de todas as horas me dando força quando eu mais precisava. Amo vocês de todo coração.

Aos meus irmãos, pela força coragem e otimismo, motivação, companheirismo de todas as horas. Agradeço em especial a Fátima Claudia, nesse momento delicado da minha vida.

A toda minha família, que de uma forma ou de outra sempre torceu pelo meu sucesso. Muito obrigado pelo carinho e pela confiança em mim depositada.

À minha Orientadora, Francisca Patrícia, e ao Co-orientador Johny Carlos pelo encorajamento, pelos momentos de reflexão, na hora de sua ausência, que me deram encorajamento, paciência, compreensão, dedicação para a construção do conhecimento.

A todos os professores que compõem o quadro da Facene especialmente ao Ângelo Antonio, Fabio Marques, Ildone e Rafael, que contribuíram com a minha formação, o meu muito obrigado.

Aos profissionais de saúde, que contribuíram com suas experiências para a construção do conhecimento.

Aos meus amigos, Raimundo Edson, Maria Tavares, Cleana Marques e Euriedina, pelo incentivo, pela confiança, pelas parcerias, por todos os momentos que dividimos juntos. Tantos momentos especiais viveram:

sorrisos, choros, alegrias, tristezas, discussões, confidências, quero que saibam a importância de vocês na minha vida.

Aos meus amigos de trabalho, Izolina, Margarida (Margo), Helena, Bernalda, Antonia Viana (Toinha), Leodenice (Leo), Nilzimar (Nil), Lurdes Dias, Euriglaucia (Glaucia), Aparecida, Eliene, Neucivania, Eliane, Fátima Cruz (Fatinha), que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando, me dando força, acreditando na minha capacidade, apesar do pouco tempo de convivência, mas o bastante para sabermos o sentido de uma verdadeira amizade, o meu muito obrigado por vocês fazerem parte da minha vida.

Enfim, a todos que me ajudaram na realização deste sonho e na concretização de mais este objetivo, deixo o meu mais sincero MUITO OBRIGADO.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.

Fernando Pessoa!

RESUMO

A história, não é algo limitado ao passado e de caráter imutável, ao contrário do que muitos imaginam. Ela sofre adaptações de acordo com as conveniências de uma ou outra parte dominante. A todo tempo o desenrolar histórico de cada vida impõe o desafio de tentar sobreviver, de lutar para romper um ciclo. **O objetivo** desse estudo foi reconstituir a história do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), através de documentos da instituição, tornando público a importância do hospital sua missão para a cidade de Mossoró e região oeste do Rio Grande do Norte. **A metodologia** foi uma pesquisa de cunho documental e de caráter qualitativo, revisões bibliográficas e historiográficas baseado numa análise histórica do HRTVM, registrando os fatos ocorridos na evolução do mesmo. **Concluindo** este estudo percebe-se que há uma deficiência em todos os setores do referido hospital, falta leitos para a demanda de usuários, o maquinário está com defeitos, existe filas de pacientes em macas nos corredores, não existe uma educação continuada dentro da unidade hospitalar, as ações desenvolvidas no atendimento aos usuários são menores que a oferta, e que os profissionais de saúde não conhecem a população com que trabalham, assim não sistematizam e planejam suas ações de forma integrada, não atingindo os usuários de acordo com o princípio da integralidade.

Palavras – chave: Hospital. SUS. História.

ABSTRACT

History is not something limited to the past and unchanging character, contrary to what many imagine. It is adapted according to the convenience of either dominant party. Every time the unfolding history of each life imposes the challenge of trying to survive, to struggle to break a cycle. The aim of this study was to reconstruct the history of the Regional Hospital Tarcisio de Vasconcelos Maia (HRTVM) through the institution's documents, making public the importance of the hospital and its mission to the town of Mossoró and west of Rio Grande do Norte. The methodology was a nature documentary research and qualitative, reviews and historiography by analyzing, interpreting them and organizing them. In them, the necessary documents for the search, trying to present to the public the goals and mission of that hospital. With the report aimed to be attentive to the actions developed in customer service. It is concluded that the needs are greater than supply, and that health professionals do not know the population and not systematize and plan their actions in an integrated manner, not reaching the users in accordance with the principle of integrality.

Key words: Hospital. SUS. History.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 O HOSPITAL ATRAVÉS DA HISTÓRIA	15
5 A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	23
6 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	29
7 O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Esta monografia tem como tema central a história do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, a partir de registros com o auxílio de uma bibliografia selecionada sobre sua história, o estudo procurará desvendar os aspectos e alguns momentos que envolvam o mesmo.

Dessa forma o primeiro movimento consiste em situar nossa perspectiva historiográfica da memória e a história do hospital para que seja possível uma compreensão melhor sobre a referida instituição.

Dentro deste panorama inicial o estudo trata de questões mais gerais, tais como o seu desenvolvimento e crescimento nos diferentes setores da unidade hospitalar, também aborda assuntos mais específicos como o CHIDOT, tentando ressaltar a importância do HRTVM como centro regional de saúde para Mossoró e região oeste do Rio Grande do Norte.

O objetivo principal consiste em reconstituir a história do hospital e para atingir essa ideia o trabalho se utiliza de fontes historiográficas, abordando a origem do hospital na perspectiva das transformações capacidade instalada, recursos humanos, materiais e novas tecnologias, implantadas com o intuito da melhoria da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo pretende mostrar, a partir da análise dessa fonte, vários aspectos que envolvem o tratamento, o relacionamento com os profissionais, e as políticas públicas de saúde.

O trabalho procura compreender e reconstruir uma parte da memória social e cultural numa percepção diversa da que costumamos encontrar em fontes mais tradicionais da história.

A história do hospital é marcada por diversos aspectos como a implantação de vários segmentos pelos governos vigentes e pelos anteriores, a ideia é construir um serviço de saúde que ocupe todos os lugares, interligando um serviço a outro conectando os diferentes espaços, buscando na realidade as resolutividades clínicas e sanitárias, como caminho para defender a vida, reconhecendo que sem a

otimização tecnológica, que efetivamente impactam os processos sociais da saúde e da doença, isto não seria possível na escala em que é vista hoje em um hospital.

A monografia apresenta um assunto bastante instigante que é tentar transmitir a história de um Hospital Regional, tornando-o um objeto de estudo promissor e científico.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo tem como proposta reconstituir a história do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia com o intuito de resgatar a memória histórica e cultural desta instituição de saúde, preenchendo uma lacuna de informações a seu respeito no que se refere a sua própria história e sua capacidade instalada dos serviços que oferece.

Sabemos que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação onde é possível experimentar uma infinidade de afazeres, não existindo um formato único, restando sempre em desafio, que é o de utilizar mecanismos ou estratégias para novas modalidades convivendo e recriando sempre um novo projeto esses processos instituintes podem ser a chave permanente para a reforma do próprio campo de práticas.

Podemos, empiricamente, observar que as mudanças que ocorreram no hospital consistiram na ampliação do acesso, na utilização de novas tecnologias, na mudança do processo de trabalho, no entanto faz-se necessário um olhar mais minucioso para revelar de fato esta realidade.

É grande o processo de transformar em realidade os princípios aprovados para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos textos constitucionais, que são: universalidade de acesso, integralidade de ações, equidade; tornando-se um desafio construir serviços que respondam aos problemas de saúde dos usuários de maneira efetiva, implementando projetos tecno-assistenciais centrados nas necessidades dos usuários.

Este trabalho, pois, tem a pretensão de mostrar como o HRTVM foi se modificando ao longo do tempo e criando estratégias próprias para a implementação dos princípios do SUS. Mostrar estas estratégias pode vir a ser uma contribuição para o SUS de Mossoró no sentido de tornar pública uma experiência exitosa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Reconstituir a história do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), a partir de documentos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Resgatar documentos da instituição que façam parte da história da mesma.

Tornar público a importância desta instituição de saúde para a cidade de Mossoró, região oeste do Rio Grande do Norte e estados da Paraíba e Ceará.

Apontar os avanços e reformas do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia ao longo de sua história.

Tornar público a missão do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia para a população.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi baseado numa análise histórica do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, registrando os fatos ocorridos na evolução do hospital, permitindo estudar os fatores presentes no desenvolvimento da instituição e suas relações de produção e poder estabelecidos.

Estudo constituído numa pesquisa histórica, documental de carácter qualitativo. Baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraíndo deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta.

O material pesquisado sobre essa metodologia raramente apresenta o percurso do pesquisador. Desde o momento em que estabelece sua meta de pesquisa até as conclusões apresentadas mediante a análise. Cada documento deverá receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabelece a montagem das peças como num quebra-cabeça.

O objetivo com tais procedimentos foi mapear a trajetória do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), e principalmente conhecer os caminhos percorridos desde a sua fundação até os dias atuais. A luz de uma perspectiva histórica, a análise documental correspondeu ao período de tempo compreendido entre o ano de sua fundação até o presente momento.

A realização desta pesquisa compreendeu as seguintes etapas e, como toda a pesquisa de cunho qualitativo, não foram rígidas, pois podem ocorrer necessidades que extrapolem o planejamento inicial do percurso metodológico.

Numa primeira etapa, o objetivo foi encontrar fontes e nelas os documentos necessários para a pesquisa. Não há preocupação com a análise propriamente dita, que seria núcleo do trabalho subsequente, com a organização do material. Nesse momento, somente a obtenção de informações advindas de publicações oficiais, livros de registro, atas de reuniões, relatórios, vídeos e até fotografias nos contam, de alguma forma a história do HRTVM. Não priorizamos um determinado tipo de documento mais reunimos tudo o que esteve associado ao hospital.

As fontes serão anotadas e a documentação arquivada em pastas separadas de acordo com a fonte dos documentos.

Na segunda etapa procedemos com a leitura e o fichamento do material. Para cada documento foi criada uma ficha de leitura contendo resumo, referência bibliográfica da publicação de acordo com as normas da ABNT vigentes, além da transição de partes do texto que poderiam ser utilizadas posteriormente.

Na etapa final processamos as leituras realizadas utilizando a análise de conteúdo. Dentro desta modalidade utilizamos as seguintes técnicas: fichamento do material, levantamento qualitativo no sentido de retirar o núcleo emergente de cada documento que sirva ao propósito desta pesquisa, e ordenadamente cronológico. Deste processo construímos um texto único com os resultados obtidos e ordenados de acordo com a época de seus acontecimentos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O HOSPITAL ATRAVÉS DA HISTÓRIA

A História dos hospitais foi marcada por muita coragem, acertos e erros sobretudo muito idealismo. Ela se confunde com a própria história dos povos. Observamos o desenvolvimento dos povos e das comunidades que objetivavam a melhoria da qualidade de vida de sua população, pelo conhecimento documentado, a presença de um serviço de saúde, os aspectos sanitários e o aparecimento de práticas exercidas pelos profissionais (HERÓDOTO apud: CAMPOS, 1944. Pg.10).

À medida que as doenças e calamidades afetaram a humanidade, vimos o quanto profissionais e leigos buscavam práticas ou técnicas que minimizassem os sofrimentos de seus doentes e a cura de seus males. O hospital buscou adaptar-se às mudanças principalmente nas questões que envolvem a diversidade de funções, a complexidade e o desenvolvimento profissional de seus colaboradores (CAMPOS, 1944).

Na Antiguidade não encontramos nenhuma denominação de um local específico, onde pessoas doentes fossem aceitas para permanência ou tratamento (CAMPOS, 1944).

Na civilização Assírio-Babilônica é comprovado por alguns documentos e fatos que médicos exerciam alguma atividade. O código de Hamurabi regulamentava a atuação, a remuneração e os castigos pela negligência médica. Porém nada restou que permitissem saber onde e como essas atividades eram exercidas, pagas, fiscalizadas ou julgadas (HERÓDOTO apud: CAMPOS, 1944. Pg.10).

Entretanto Heródoto referindo-se a épocas remotas indica-nos que os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos, os que passavam pelo doente tinham que interpelá-lo sobre sua doença para saber se tinham tido ou sofrido do mesmo mal e assim propor o tratamento que lhes fora eficaz na cura de pessoas de suas relações. Não era permitido passar pelo doente em silêncio, todos tinham que indagar sobre sua moléstia (CAMPOS, 1944).

Deve-se ao Budismo a propagação das instituições hospitalares, segundo CAMPOS (1944), Sidartha Gautama, o iluminado (BUDA), construiu vários hospitais e nomeou um médico para cada dez cidades.

Moisés, legislador e profeta do povo Hebreu, não tratava somente de aspectos religiosos. Seus preceitos sobre higiene aplicados ao indivíduo, a família e a coletividade, o destacam entre os grandes sanitaristas. As prescrições mais conhecidas referem-se ao contato com cadáveres, as mulheres durante a menstruação, a gravidez, ao puerpério, às doenças de pele, às doenças contagiosas e aos leprosos. Quanto à existência de hospitais permanentes não existem registros. Entretanto, ao lado dos deveres sagrados de proteção aos órfãos e viúvas e de hospitalidade aos estrangeiros, havia também o de amparo aos enfermos. Esses lugares eram albergues gratuitos para viajantes pobres e, em hospedarias, existia um lugar especial reservado aos doentes (CAMPOS, 1944. Pg.13).

A medicina Chinesa assim como sua concepção do universo e sua filosofia, apresentam diferenças quanto à maioria dos povos orientais, assim como a influência do Budismo, fazendo florescer toda uma rede de hospitais, instituições para tratamento de doentes em geral (mantidos pelos sacerdotes de Buda), instituições com parteiras, isolamento para doenças contagiosas e casas de repouso para convalescentes (CAMPOS, 1944).

A história nos conta que as primeiras figuras humanas a exercerem a arte de curar são os sacerdotes dos templos e, estes os primeiros locais para onde afluem os doentes. Podemos dizer que na Antiguidade, encontramos civilizações altamente desenvolvidas em vários setores da atividade humana, mas pouco no que se refere à assistência à saúde, tanto no campo individual quanto coletiva (CAMPOS, 1944).

O advento do Cristianismo traz uma nova visão humanística alterando a organização social e as responsabilidades do indivíduo. Desenvolve-se mais rapidamente o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, idosos, órfãos, viúvas, da mesma forma que aos viajantes e peregrinos, sustentados pela contribuição dos cristãos, desde os tempos apostólicos (CAMPOS, 1944. Pg.33).

Os três primeiros séculos foram marcados pelas perseguições à nova religião, mas também pela sua difusão pela Ásia Menor, Europa e África do Norte, acompanhada do atendimento aos necessitados e doentes (CAMPOS, 1944. Pg.33).

O decreto de Milão (313 d.C.), proclamado pelo Imperador Constantino, liberando a Igreja Cristã para exercer suas atividades, fixando a obrigatoriedade desse atendimento, deram um grande passo para o aperfeiçoamento dos hospitais. Em Roma as instalações eram amplas e bem equipadas, o que levou parte dos historiadores a considerar apenas sua função de auxílio aos doentes. Novas propostas introduzidas no ensino da medicina e na organização dos serviços sanitários incrementaram a fundação dos hospitais. Em Bagdá, existia dois, um inaugurado no século IX; o outro no século X. Este se conservou até a destruição da cidade (MUNARO ET AL, 1974. Pg.10).

No Cairo o hospital representa a forma geral dos hospitais do território ocupado pelo Islã, possuía enfermarias separadas para os feridos, os convalescentes, as mulheres, os que sofriam de doenças nos olhos, os que tinham febre (locais onde o ar era renovado por meio de fontes), farmácias, cozinhas etc. O hospital era dirigido por um médico a quem eram subordinados outros, sendo que todos ministravam lições diárias aos discípulos (ANTUNES, 1989. Pg.72).

O modelo hospitalar Islâmico parte do complexo sócio-cultural mesquita-escola-hospital. Sob influência da religião, são separadas as áreas de atendimento de homens e mulheres. Em relação às doenças, os edifícios hospitalares segregam os pacientes segundo os grupos de patologias. O local de preparação de medicamentos ocupa papel relevante. Os cuidados com a higiene e a salubridade, fazem com que haja preocupação em estabelecer estratégias de ventilação dos componentes e de distribuição de água (MAQUILEM, 1992. Pg. 35).

A partir do século VI, lutas longas e ferozes contra os invasores fizeram com que, além de guerra, a peste e a fome assolassem essas regiões. A Igreja de Roma era a única força organizada e foi suficientemente poderosa para manter um asilo seguro. Dessa forma a medicina literária, a filosofia e o ensino médico da época tiveram abrigo. Sabemos que paralelamente médicos práticos existiam, mas a concentração de hospitais voltados à diminuição do sofrimento e miséria humanos, mais da alma do que do corpo, tivessem predominância (ANTUNES, 1989. Pg.72).

Com a disseminação da lepra, surgiram várias instituições voltadas para o atendimento dos doentes. Como não podem deixar o recinto do hospital, a vida

interna dos leprosos era organizada como uma autêntica sociedade, incentivada pelas congregações religiosas que se dedicavam especificamente a esse tipo de doente (ANTUNES, 1989).

É somente na Alemanha que se constroem para eles casas especiais, para assegurar-lhes o tratamento. Cria-se o conceito de quarentena (isolamento dos doentes) e a construção de um tipo específico de instituição hospitalar, intitulada genericamente de lazareto (CORREIA, 1944. Pg.310).

O planejamento das edificações muda, para melhorar as condições de ventilação e iluminação. Graças às experiências dos leprosários, dois novos fatores incorporam o planejamento hospitalar. Separação no hospital entre funções de alojamento e logística; e separação dos pacientes por patologia e sexo. O abastecimento de água passa a ser mais estudado, em função da melhoria das condições de higiene (CORREIA, 1944. Pg.310).

Após o declínio do sistema hospitalar cristão, mudanças progressivas foram ocorrendo, fazendo com que o hospital geral, estabelecido sob a direção das municipalidades se desenvolvesse ao longo da idade moderna, com uma organização diferenciada daquela que a caridade cristã lhe imprimiu durante o período anterior. Entretanto não foi a simples secularização dos estabelecimentos que influenciou em suas modificações. Ao contrário de seu início, os hospitais conservaram vários aspectos da forma precedente (ROSEN, 1980).

Com os clérigos e os municípios estiveram de acordo quanto à transferência administrativa, os serviços religiosos continuaram regularmente na maioria dos hospitais. Os representantes administrativos assumiram as tarefas de gestão e o controle dos estabelecimentos com a preocupação de se sobrepor à Igreja, colocando-a numa posição subordinada. Assim não dispunham de projetos alternativos para a reorganização funcional dos hospitais (ROSEN, 1980).

Durante o renascimento, as transformações econômicas e sociais alteram o caráter da inserção dos hospitais na vida urbana. A emergência da burguesia se reflete na melhora das condições de vida das cidades. A própria vadiagem, conseqüência do desemprego, sobrecarrega o caráter assistencial dos hospitais. Dessa forma urge alterar a função do hospital para que venha a atender um maior número de pessoas, em menor espaço de tempo, aumentando sua eficiência (ROSEN, 1980).

A partir do século XVII, representada por uma incipiente especialização, com os hospitais assumindo prioritariamente as tarefas de cuidados aos enfermos, ao passo que outros estabelecimentos passam a suprir funções asilares. No século seguinte em decorrência da atuação estatal na área de atendimentos às doenças, diversos hospitais voluntários são construídos na Grã-Bretanha, quer por intermédio de ação cooperativa, quer subsidiados por ricos doadores (ROSEN, 1980).

Em meados do século XVIII, consiste no estabelecimento em Londres e a seguir em outras províncias britânicas, dos primeiros exemplares do que podemos denominar de novo tipo de instituição sanitária, consistindo em unidades hospitalares atualmente denominadas de consulta externa. Três fatores contribuíram para que surgisse um dos principais traços descritivos dos hospitais, tal como hoje os conhecemos, ou seja, a introdução, em seu âmbito da medicina profissional leiga (ROSEN, 1980).

A reforma legislativa, incorporando a atenção médica aos deveres de assistência social e estipulando bases mais consistentes para a oferta de serviços médicos nas cidades alemãs (ROSEN, 1980).

No século XVI, a percepção de que a atenção médica possibilita a diminuição do tempo de permanência dos doentes no hospital. Uma nova postura é estabelecida no século XVII, na cidade Holandesa de Leyden, segundo a qual os hospitais deveriam servir como centros para estudo e ensino da medicina e não apenas locais de abrigo de doentes para impedi-lo de disseminar seus males pela sociedade (ANTUNES, 1989. Pg.152).

O perfil institucional do hospital altera-se substancialmente, sua função é o tratamento do doente, a obtenção de sua cura. Renega-se o conceito de salvação da alma, por intermédio do sofrimento do corpo do enfermo, para que não venha contagiar os demais. O acolhimento do necessitado e internamento do vadio para que não ameacem a ordem pública. Parte desta concepção se deve ao fato do poder ser detido pelo pessoal religioso que assegura a vida cotidiana do hospital. Se o médico, chamado para os mais doentes dentre os doentes, isto nada mais é que uma garantia, uma justificação e não uma atuação real. Portanto a visita médica é um ritual executado de forma esporádica, uma visita uma vez por dia para centenas de doentes (ANTUNES, 1989).

Com a transformação do sistema do poder no interior do hospital e a responsabilidade pelo seu funcionamento econômico. Ambos se encontravam em

mãos, quer da comunidade religiosa, quer da pública. Agora a presença do médico se afirma e se multiplica (ANTUNES, 1989).

Os regulamentos visam à atuação curativa do especialista, com visitas a noite para doentes mais graves, outra visita para atender a todos os demais doentes, residência de um médico no hospital que deve atender a qualquer hora do dia ou da noite. Surgindo assim uma classe de profissional: o médico de hospital. Assim cria-se um sistema de registro permanente, com técnicas de identificação dos doentes, anotações gerais de entradas e saídas, diagnóstico do médico, receitas e tratamentos prescritos, informações sobre o destino do doente, se ele se curou ou morreu (FOCAULT, 1989. Pg.109).

Quanto ao funcionamento econômico, o médico substitui a caridade, a organização religiosa ou municipal. A burguesia, com a melhoria do atendimento médico, dirige-se ao hospital e paga pelos cuidados recebidos, reforçando o poder de decisão dos profissionais. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Diretamente relacionada com o desenvolvimento da medicina, ocorre à exigência da utilização de equipamentos custosos, serviços auxiliares, procedimentos de registros e administração complexa. Condições sócio-econômicas e mudanças alteram o financiamento da atenção médica e criam novos padrões de utilização hospitalar (ROSEN, 1980. Pg.369).

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina mudou com a descoberta da teoria bacteriológica (descobertas de Pasteur e Koch), o uso de métodos assépticos e anti-sépticos que diminuíram o número de mortes por infecção. Os hospitais mudaram de objetivo e, em consequência de clientela de abrigo para os que dependiam da caridade pública passaram a ser o centro onde se dispensavam cuidados médicos. (SINGER ET. AL. 1981.pg.29).

Sob o signo dessas modificações, duas práticas, até então independentes, vem a encontrar-se no mesmo espaço geográfico – o hospital – e no mesmo espaço social – o doente – passando a integrar: a medicina e a enfermagem. Todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente do trabalho médico, constituindo a enfermagem. (GONÇALVES, 1974. pg. 193).

Evidentemente existe uma acentuada separação hierárquica entre o pessoal médico e o de enfermagem, mas ambos se profissionalizam, as exigências de um hospital eficiente e eficaz assim o determinam. Contribuindo para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo (COE, 1970. Pg. 288).

Portanto uma das datas mais importantes na história dos hospitais é 1851, quando os países da Europa realizam a primeira Conferência Internacional em Paris, com decisões comuns relativas a medidas contra a disseminação da peste, da febre amarela e da cólera. Com o desenvolvimento da teoria bacteriológica e da pesquisa biológica, os resultados são levados para o domínio prático da saúde pública (CASTIGLIONI, 1947. Pg. 290).

É na idade moderna que surge a descentralização de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares. Na idade contemporânea cresce a descentralização, aumenta a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções. O hospital tem a finalidade de dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda ser um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. Complementando a sua função é a de prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa (BRAGA, 1978).

5 A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

No início não existia nada. No tempo das colônias o modelo exploratório nem pensava nessas coisas de saúde, somente o pajé com suas ervas e o seu canto junto com os boticários que viajavam pelo Brasil colônia eram as únicas formas de assistência a saúde. Somente com a chegada da família real portuguesa em 1808, pelas necessidades da corte, forçou-se a criação de duas escolas de medicina do país (SCLIAR, 1987).

Apesar da alta mortalidade não existiam hospitais, só instituições filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílio governamentais. As pessoas com boas condições financeiras tinham a assistência médica familiar. A primeira medida sanitária no país foi devido a um grande surto de doenças consideradas graves como: Malária, Varíola, Peste bubônica, que se espalhavam facilmente. O presidente em exercício com seu autoritarismo nomearam o médico Osvaldo Cruz para resolver o problema, que numa ação policial onde convocou 1.500 pessoas para invadir as casas, queimavam as roupas e colchões, sem nenhum tipo de explicação ou ação educativa para a população (LUZ, 1991).

Com isso iniciou-se a revolta da vacina, encabeçada pela população em resposta à medida imposta pelo governo. Osvaldo Cruz foi afastado. Mas mesmo assim o sanitário conseguiu resolver parte do problema e colheu muitas informações que ajudaram o seu sucessor, Carlos Chagas. Depois desse período nada foi feito em relação à saúde. Só com a chegada dos imigrantes europeus, formando a primeira massa de operários do Brasil, iniciou-se uma forte pressão com graves manifestações, e surgiu um modelo de assistência médica para a população pobre. E em 1923, surge a Lei Eloi Chaves criando as caixas de aposentadoria e pensão (CAPs): instituições mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários marítimos, ferroviários e bancários (LUZ, 1991)

Em 1930 quando Getúlio Vargas tomou o poder criou o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Quanto ao Ministério, ele tomou medidas sanitárias, criou órgãos de combate a endemias e normativas para ações vinculando saúde e educação (LYDA, 1993).

No início da ditadura militar no Brasil as discussões foram baseadas na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. A Lei

Orgânica da Previdência Social em 1960 unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos (SILVA, 1996).

A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967, pelas mãos dos militares, com a unificação de IAPs e a conseqüente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Surge uma demanda maior que a oferta e a solução encontrada pelo governo foi pagar à rede privada pelos serviços prestados a população. A estrutura foi se modificando e acabou por criar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada (SILVA, 1996)

Como podemos ver o modelo criado pelo regime militar era pautado pelo pensamento da medicina curativa. Poucas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas. A mais importante foi à criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) (SILVA, 1996).

O número de acidentes de trabalho, o arroxó salarial, a mortalidade infantil, a incidência dos casos de hanseníase, varíola e poliomielite cresceram muito no período militar a ditadura deteriorou as condições da saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase nos investimentos da saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992).

Com a transição democrática, a saúde pública passa a ter uma fiscalização da sociedade. Ainda sob o regime militar é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Com a queda do regime militar criam-se outros órgãos que incluem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O sistema privado começa a ter problemas e teve que arranjar alternativas. É nesse período que se cria e se fortalece o subsistema de atenção médico suplementar. Começa a era dos convênios médicos (BRAGA, 1991).

Em 1937 Vargas decreta estado de sítio, fecha o congresso e cancela as eleições presidenciais, e instala o estado novo que dura até 1945. Nesse período cria-se o Ministério do Trabalho e a legislação trabalhista imposta por Vargas. Nessa época o estado adota as ações no setor saúde em duas partes, de um lado a saúde

preventiva através de campanhas; e, do outro lado, o curativismo através da ação da previdência social. O SESP (Serviço Estadual de Saúde Pública) organiza campanhas no interior do país principalmente na Região Norte e Nordeste, como educação sanitária, saneamento e assistência médica as populações carentes tentando evitar a disseminação das endemias rurais como: Febre Amarela, Malária, Esquistossomose e Mal de Chagas (COHN & ELIAS, 1966)

Após o termino da II Guerra Mundial Vargas é derrubado e com isso é promulgada a Constituição de 1945. O General Dutra assume o poder, mas Vargas é eleito novamente em 1950. Nesse período a influência americana na área da saúde refletiu-se na construção de um modelo semelhante aos padrões americanos, na construção de grandes hospitais com equipamentos concentrando o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a assistência em postos de saúde, consultórios e ambulatórios, onde os custos eram bem menores (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992).

Em 1968 o governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares para aumentar o número de leitos e atender os trabalhadores inscritos na previdência social. No mesmo período o governo aumentou o atendimento para trabalhadores rurais através do FUNRURAL (Fundo dos Trabalhadores Rurais) já extinto (COHN & ELIAS, 1966).

Na década de 70 a previdência social teve uma expansão em número de leitos disponíveis e no volume de recursos arrecadados. Esse foi um dos maiores orçamentos da história utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares e permitindo fraudes porque não havia fiscalização dos serviços médicos. Enquanto isso os serviços de saúde pública são obrigados a fechar suas portas ou a funcionar com o mínimo de recursos possíveis (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1992).

Em 1977 é realizado um movimento burocrático de unificação da previdência (INPS), da administração financeira (IAPS), e da assistência médica (INAMPS) em um único órgão, ai então o governo revela a crise no setor da saúde. A criação dos órgãos dificultou ainda mais o controle do orçamento favorecendo o desvio de verbas e a corrupção (BRAGA, 1981).

A construção e reformas de alguns hospitais e clínicas privados com o financiamento da previdência social e o enfoque para a medicina curativa multiplicam-se por todo país as faculdades particulares de medicina, voltadas para a

especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos hospitalares, se esquecendo da realidade da população (BRAGA, 1981).

Quando o INPS foi criado em 1966, o governo liberou verbas para as empresas privadas construírem seus hospitais e o INPS enviou os seus segurados para serem atendidos por estes hospitais, os mesmos foram financiados durante vinte anos pela previdência. Posteriormente estes proprietários se consideraram capitalizados e se descredenciaram do INPS. O dinheiro da previdência estava insuficiente para cobrir os gastos com assistência médica, diminuiu o número de leitos, portanto um dos motivos da falência da previdência foram os custos crescentes determinados pela privatização da rede (BRAGA, 1981).

No final da década de 70 e início de 80 os sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação questionando as políticas de saúde no Brasil. Acadêmicos, Cientistas e Tecocratas debatiam em seminários e congressos as epidemias, endemias e a degradação da qualidade de vida da população. A discussão toma força pelas associações de moradores, de mulheres, da igreja, sindicatos e partidos políticos, passando a exigir soluções para os problemas de saúde criados pelo regime autoritário (LUZ, 1991).

Na década de 80 surgiram vários projetos que pretendiam estender os serviços de saúde para toda a população, mas foram combatidos pela iniciativa privada e pela burocracia do INAMPS. O entrave se deu devido ao crescimento das indústrias da medicina privada e de outros grupos que não tinham interesse em um sistema de saúde que funcionasse (LUZ, 1991).

Em 1983, a sociedade civil se organizou e reivindicou junto ao congresso novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros. Com isso os profissionais de saúde reivindicam uma transferência de responsabilidade, com poder de decisão para estados, municípios e distritos contrariando a tendência centralizadora (LUZ, 1991).

Com a nova visão da descentralização em saúde, o projeto da reforma sanitária propõe a criação de Conselhos Municipais e interinstitucionais de gestão dos serviços de atenção médica.

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), aprovado em 1987, foi o antecessor do SUS (Sistema de Único

de Saúde). O SUS surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto estes convênios passaram a ser um forte instrumento político, pelo qual o governo começa a reagir ao assegurar o convenio com determinados municípios pelos mais variados motivos políticos (COHN & ELIAS. 1996).

A reforma sanitária foi aprovada após a VII Conferencia Nacional da Saúde, depois de recursos e abaixo assinados, e a instituição do SUS na Constituição de 1988.

A carta magna de 1988 garante a saúde como direito de todos e dever do estado tendo os usuários acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A instituição privada tem sua participação de forma a complementar os serviços do SUS. Seus princípios são a descentralização, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, tendo o atendimento integral com maior enfoque a atividades preventivas (COHN & ELIAS. 1996).

Uma das etapas para a implementação do SUS no Brasil é a municipalização da saúde. O município tem a responsabilidade de administrar o dinheiro arrecadado e promover ações em saúde, segundo PAIM em 1992 existem três obstáculos para a implementação do SUS, a primeira é a questão financeira, a segunda é a capitalização e a terceira é a municipalização.

Enquanto estes obstáculos não forem resolvidos, o modelo médico assistencial continuara predominando sobre o país. Eles conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde consagrada na constituição. Uma das formas para reverter o quadro é a participação popular nos conselhos de saúde que existe nos bairros, no município e no estado (PAIM. 1992. pg.40).

Podemos perceber que as tentativas de implantar o SUS como ele realmente é, ao invés de partir do governo federal que tem recursos necessários esta partindo com dificuldades de alguns governos municipais. Com as normas operacionais e o processo de descentralização e a participação dos conselhos populares de saúde os municípios assumem a gestão semiplena de descentralização.

A NOB 01/96, surge para mudar as formas de repasse de verbas, e incentiva novos modelos de atendimento à saúde e a melhoria de qualidade e a mensuração das ações desenvolvidas. Ao lado dessas mudanças, os constituintes da transição democrática começaram a criar um novo sistema de saúde, que mudou os parâmetros da saúde no Brasil, o SUS.

6 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma das conquistas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século 20 e no início do século atual e que foi criado pela CONSTITUIÇÃO FEDERAL em 1988.

Antes do SUS o acesso gratuito aos serviços de saúde não era Universal. O atendimento gratuito era realizado em alguns hospitais estatais e universitários ou instituições filantrópicas. A atenção primária em Centros e Unidades Básicas também não era generalizada, ampliou-se a partir dos anos 90.

Em 1988 a Nova Constituição universalizou o acesso gratuito. O Estado foi incumbido não só apenas da Regulamentação, Fiscalização e Planejamento das ações dos serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que fossem necessários, por Órgãos Federais, Estaduais e Municipais de administração direta ou indireta.

As ações e serviços de saúde eram financiados pelo poder público e passaram então a integrar um sistema único regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, podendo ocorrer através das conferências e dos conselhos de saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços (Tem 1992).

A descentralização encontra resistências e dificuldades para delimitar as atribuições e encargos das diferentes esferas de governo. Mas com isso existe um crescimento e o SUS interage com hospitais, clínicas, laboratórios e centros de saúde.

Com a preocupação de melhorar o atendimento, o SUS tem ampliado a atenção primária à saúde, de que são exemplos o Programa de Saúde da Família (PSF), Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as campanhas de vacinação, sem descuidar dos atendimentos de alta e média complexidade como as cirurgias coronarianas e os transplantes, em que o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo. O Programa de Combate à AIDS, mantido pelo SUS vem sendo elogiado internacionalmente.

O SUS é uma resposta adequada aos problemas de saúde do nosso país, a sua implantação e o seu funcionamento dependem de um conjunto de postura gerencial, assistencial e política com clareza estratégica e competência técnica. Devemos ter em mente que em um sistema público de saúde o cidadão desempenha três papéis: ele é o usuário (consumidor), ele é o financiador e, portanto, tem de ter participação como decisor (BRASIL, 2006).

Dessa forma, na implantação de um sistema de saúde, os seguintes objetivos devem ser priorizados: a qualidade da atenção deve estar acima dos números; o cidadão deve ser colocado no centro do sistema; a gerência do sistema deve buscar soluções dos problemas de saúde e bem estar; deve ser promovida a descentralização de responsabilidades e de funções em nível regional e local (BRASIL, 2006).

Sempre que possível devem ser mantidas parcerias com consumidores e prestadores de serviços. Antes do Sistema único de Saúde o Ministério de Saúde se resumia na promoção e prevenção das doenças (exemplo vacinação) (Brasil, 2006:5).

A Reforma Sanitária nasceu no início da década de 70 como uma forma de oposição ao regime militar. Nessa época ocorreram vários movimentos (exemplo: o Movimento Democrático Brasileiro MDB) que repercutiram no sistema financeiro do INAMPS. Em 1979 assume a Presidência o Presidente João Batista Figueiredo que prometeu abertura política e com isso acontece o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Na década de 80 o INAMPS passa por sucessivas mudanças com universalização progressiva no atendimento, já se tornando uma transição para o SUS.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde (17 de Março de 1986) foi um grande marco na história do SUS, a primeira Conferência a ser aberta à sociedade e muito importante para a propagação da reforma sanitária, resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e também na propagação da prevenção e promoção da qualidade de vida, das formas de organização social e da produção.

Para se atingir um ótimo nível em saúde é preciso uma ação conjunta de vários setores sociais e econômicos juntamente com o setor saúde. Também são considerados promoção e prevenção: a paz, educação, moradia, alimentação lazer, renda, meio ambiente, transporte, trabalho, acesso e posse de terra, emprego. A

promoção da saúde é ação direcionada ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos. Nesses determinantes procura-se melhorias nos setores ambientais e sociais.

A Constituição de 1988 deu um grande passo na história da Saúde Pública Brasileira ao definir a Saúde como “direito de todos e dever do Estado”

A Implantação do SUS deu-se de forma gradual. Primeiro veio o SUDS, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde pelo decreto 99.060 de 07 de março de 1990 e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei n 8.080 de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em 28 de dezembro de 1990 foi lançada a lei 8.142 que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários nos serviços.

SUS se apresenta como um sistema de saúde público, universal e gratuito. Seus princípios são:

Universalidade, reconhecida como um direito fundamental do ser humano garantido pelo Estado indispensável ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência a saúde em todos os níveis de complexidade. **Equidade** princípio de justiça social que busca diminuir desigualdade. Isto significa tratar desigualmente os desiguais investindo mais onde a carência é maior. **Integralidade** significa a garantia do fornecimento de um conjunto de ações e serviços preventivos curativos exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. **Descentralização** e comando único um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência (COHN 2005, P. 32).

Além destes, temos ainda a resolutividades, a regionalização e a participação popular.

Dentro deste contexto, o hospital se insere como um serviço próprio para internação de doentes e feridos e deve agir com responsabilidade e benevolência.

Os estabelecimentos assistenciais de saúde são empresas complexas, abrigando diversos setores, cada um com sua especificidade e função. São empreendimentos que exigem grandes investimentos na construção, na compra de equipamentos e principalmente na manutenção dos custos operacionais. No setor público esses custos crescem proporcionalmente as transformações construtivas são executadas sem planejamento. São construções arquitetônicas realizadas inadequadas ao clima e ao meio ambiente.

Em meio a tantos avanços tecnológicos e possibilidades de melhorias da assistência hospitalar os recursos parecem estar mais voltados para a estrutura física dos prédios e na alta tecnologia que não implicam na cultura organizacional em prol da humanização do trabalho e do cuidado.

Dessa forma o hospital do futuro deve atender aos seguintes requisitos, expansibilidade, flexibilidade, segurança, eficiência e conforto como fortes aliados nos processos de cura dos pacientes.

O hospital se torna um lugar onde se pratica a medicina curativa onde o espaço para os desenganados pela medicina se reduz drasticamente. De um lado a especialização traz benefícios, sabe-se muito mais sobre as patologias hoje em dia do que há cinquenta anos.

Os hospitais sempre acolheram doentes, mas a finalidade variava de região para região e de época para época. Antes da emergência da medicina científica. O hospital era basicamente um depósito de doentes, grande partes pobres e indigentes que não tinham condições de se tratar em casa, procuravam instituições como as Santas Casas de Misericórdia, para se recuperar ou morrer conforme a vontade de Deus. Essas instituições eram dirigidas por religiosas (COHN, 2005,p 25).

A visão do hospital vai mudando pouco a pouco, a medicina e a enfermagem se profissionalizam, os médicos se tornam profissionais liberais formados em universidades. A enfermagem também criando distinções entre enfermeiras práticas, auxiliares e técnicas de enfermagem. O resultado desta profissionalização da medicina e da enfermagem repercute no crescimento dos hospitais.

Durante os vinte anos de SUS temos alguns marcos importantes que são: a Reforma Psiquiátrica que tem o objetivo de modificar o tratamento clínico da saúde mental eliminando a internação como forma de exclusão social, substituindo os serviços territoriais da atenção psicossocial visando à integração do portador de saúde mental ao convívio social, participando dos programas propostos pelo SUS; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Convivência e Cultura; Residência Terapêutica; De Volta Para Minha Casa; Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH).

Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte do programa de transição para a saúde da família onde são acompanhados pelo enfermeiro supervisor de uma unidade básica que lhes dá suporte na sua área de abrangência da sua unidade produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de sua comunidade. São muitas as atribuições do agente comunitário. Exemplo: fortalecer elos entre a comunidade e os serviços de saúde; cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência; estimular continuamente a organização comunitária.

Programa de Saúde da Família (PSF) é estratégia do modelo de reorientação assistencial com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde responsáveis pelo acompanhamento de um número de famílias em uma área geográfica delimitada. Essas equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

7 O HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Antes da criação do SUS nasce O Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), situado no Bairro Aeroporto, localizado a oeste da BR 304, que liga Mossoró às cidades de Apodi e Baraúnas, a leste com o Bairro Doze Anos, ao sul com o Bairro Boa Vista e ao norte com o Bairro Nova Betânia. Ao seu lado esquerdo ficam a Faculdade de Medicina e o Hemocentro e mais a Secretaria de Agricultura.

Inaugurado em 10 de maio de 1986 com o nome de Hospital Regional Tancredo Neves (HRTN), esse nome foi dado em homenagem ao presidente que acabara de falecer. O mesmo tem a missão de atender as urgências e emergências e também aos serviços ambulatoriais da cidade de Mossoró, região oeste do Rio Grande do Norte e estados da Paraíba e Ceará.

Após alguns anos de funcionamento ele passa a se chamar Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. Em homenagem ao ex Governador do Rio Grande do Norte. Isso acontece concomitante há uma reforma na estrutura física.

O Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia no início atuava nos níveis terciário primário e secundário. Com as transformações atualmente esta atuando nos níveis terciários e secundários.

Além das Urgências e Emergências há as internações nas unidades de clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, terapia intensiva, alojamento conjunto.

A UPI (Unidade de Pacientes Infectados) surgiu após um ano de funcionamento com 07 leitos, devido à demanda de pacientes com problemas infecciosos

No ambulatório existiam os programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde da Mulher, onde eram realizados os exames de prevenção, vacinação, curativos, consultórios clínicos, pediátricos, ginecológicos, terapia ocupacional que trabalhava com as crianças portadoras de necessidades especiais e problemas neurológicos tendo o objetivo de dar condições de independência ao paciente nas atividades da vida diária (AVD'S) e atividade de vida prática (higiene, vestuário, locomoção, e alimentação).

Na época não existia o programa para os portadores de necessidades especiais e problemas neurológicos Esse serviço ambulatorial foi transferido para o

PAM Pronto Atendimento Municipal, hoje chamado de Centro Clínico do Bom Jardim. Essa mudança ocorreu devido à reforma da saúde pela implantação do SUS havendo a descentralização onde o gestor do sistema seria o executivo municipal e também pela mudança da missão do referido hospital.

O Pronto Socorro era composto de salas para atendimentos médicos. Clínicos gerais, pediatras, cirurgiões, existia uma unidade pediátrica com leitos se houvesse necessidade para observação e hidratação rápida, um Repouso para Adultos, uma Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Administração de Medicamentos e Procedimentos, Farmácia Satélite, Raios X, Laboratório, Sala de Drenagem.

Atualmente existe o Repouso Masculino, Repouso Feminino, Sala para Assistentes Sociais, uma Recepção para Acolhimento com classificação de risco, UGV (Unidade de Gerenciamento de Vagas), Sala do Enfermeiro com o Eco-cardiograma e as Salas para o atendimento da Traumatologia, Setor de tomografia, Endoscopia, Ultrasonografia.

Alguns servidores que foram contratados para iniciar os trabalhos foram treinados na capital do estado para suprir setores como: enfermagem, administração, raios-X, lavanderia, nutrição, limpeza, laboratório entre outros importantes em uma unidade hospitalar.

Na década de 90 foi realizado um concurso público do estado e a maioria dos funcionários que foram contratados, se tornou concursada. Alguns pertenciam à extinta Fundação Walfredo Gurgel.

Entre os profissionais de Nível superior o hospital dispõe de Enfermeiros, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Psicólogos, Bioquímicos, Nutricionistas, Neurologistas, Neurocirurgiões, Traumatologistas, Ortopedistas, Oftalmologistas, Cirurgião Bucomaxilofacial, Terapeuta ocupacional, Pediatras, Clínicos Gerais, Cirurgiões Gerais, e outros profissionais todos trabalham em regime de plantão de maneira que o hospital funciona ininterruptamente.

Na década de 90 ocorreu à primeira mudança que foi a transferência do ambulatório com as especialidades para o PAM (Pronto Atendimento Municipal) hoje chamado de Centro Clínico do Bom Jardim. Essa mudança ocorreu devido à reforma da saúde pela implantação do Sistema Único de Saúde havendo a descentralização onde o gestor do sistema seria o executivo municipal.

A segunda transferência foi a do centro obstétrico junto com o alojamento conjunto para outra instituição que é o Hospital da Polícia Militar e o Hospital Casa

de Saúde Dix-sept Rosado. Essa transformação aconteceu pelo fato de o hospital não dispor de profissionais especializados na área. Sabemos dessa informação pela vivência diária na instituição porém não encontramos nenhum registro dos acontecimentos.

Com as transformações aumenta a demanda de usuários, inicia-se um processo de mudanças no atendimento, culminando com o aumento de exames de média e alta complexidade, médicos e suas especialidades (ex: neurocirurgiões, traumatologistas, bucomaxilofaciais) enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos técnicos, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais e outros. Há também uma mudança nas cirurgias havendo Neurocirurgias, Cirurgias do Trauma Bucomaxilofacial, Cirurgias Ortopédicas.

Ao longo da sua trajetória dos seus vinte e quatro anos o HRTVM passou por várias mudanças. Uma delas é o Pronto Socorro, que recebeu o nome de Vereador Vingt Rosado Neto, político do município.

Na década de 90 foi implantada a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH. Que tem o objetivo de reduzir o máximo possível à incidência das infecções. Tendo a competência de elaborar, programar, manter, divulgar, treinar, supervisionar e avaliar ações de prevenção e controle das Infecções Hospitalares. Entretanto há uma necessidade de melhorar o atendimento por conta dos profissionais que fazem parte da CCIH. Dentro dos setores do hospital encontram-se ácaros, mofo, insetos dos mais variados tipos, baratas, moscas, ratos e até gatos, ao redor encontram-se os descartes do hospital que são as camas quebradas, caixas de papelão, cadeiras e outras coisas mais. Há também a necessidade de aumentar o número de funcionários para este setor.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é um órgão deliberativo que tem por finalidade as definições de ações que visem o controle e a prevenção de infecções que garante o desenvolvimento das ações programadas com vista à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1990, pg. 2).

Com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar foi instalado a esterilização química com a finalidade de fazer a desinfecção do material termo-sensível. Também são realizados os testes Biológicos e Integrador Químico, com a finalidade de monitorar o processo de esterilização, garantindo a qualidade e a

segurança do serviço. Nos momentos atuais há um problema com as autoclaves em defeito, contribuindo para que não haja uma boa qualidade nos serviços. Enquanto isso há duas autoclaves no pátio do hospital para serem instaladas. A unidade apresenta sérios problemas, há falta de material necessário como gorros, mascaras entre outros.

No ano de 2004 foi criado o serviço de nutrição enteral e parenteral, alimentos estes usados em pacientes cujo trato gastrointestinal não funciona normalmente, em estado de desnutrição grave e em pós-operatório. O serviço ganhou no início do ano uma sala especial destinada para a realização dos alimentos, pois seu manejo necessita de cuidados especiais. O serviço de nutrição fornece diariamente mais de mil refeições, aos usuários, funcionários e o pessoal do hemocentro vizinho do hospital.

Todo e qualquer alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes ou não conforme suas necessidades nutricionais em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL. 2004: pg. 7).

Foi criado em agosto de 2005 o serviço de gerenciamento de resíduos e meio ambiente do hospital a fim de atender as necessidades impostas pela grande quantidade de resíduos gerados, para diminuir os impactos causados na saúde e no meio ambiente, decorrente de um destino final inadequado.

O plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (PGRSS) constitui-se um conjunto de procedimentos de gestão, planejamento e implementação a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos gerados um destino seguro e eficiente, visando à proteção dos trabalhadores da saúde pública e a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. (ANVISA, 2004, pg. 10).

Atualmente o plano de gerenciamento de resíduos está sem profissionais que administrem o setor. O profissional treinado para este serviço está afastado de suas funções. O descarte do material esta sendo realizado aleatoriamente.

O hospital através do núcleo de saúde do trabalhador proporciona aos seus funcionários consultas com Cardiologistas, Ginecologistas, Dentistas, Endocrinologista, Mastectomista, Psicólogos e marcação de exames laboratoriais que o hospital não oferece e com a parceria da vigilância epidemiológica, realiza a imunização de seus funcionários, administrando as vacinações, como: influenza, vacina contra o tétano, hepatite B e outras importantes para o trabalhador da área da saúde. Se houver um acidente de trabalho com ferimento perfuro-cortante é realizado o teste rápido do ANTI-HIV e o mesmo é encaminhado para fazer os outros exames junto com o possível paciente. Entretanto, se esqueceram da saúde mental, ergometria, educador físico, pois os profissionais da saúde lidam com o sofrimento, pegam em peso alto. Ex: no banho do paciente, constantemente recebem uma carga de estresse muito alta.

A presença desse serviço no âmbito hospitalar permite que o hospital participe como fonte de informação sobre outros problemas de saúde, subsidiando a gestão do sistema único de saúde (SUS) e apoiando o planejamento deste. Como uma das estratégias para a detecção precoce de doenças de notificação compulsória (DNC) e agravos inusitados a saúde.

O núcleo de Vigilância Epidemiológica tem o objetivo de desenvolver ações que visam à detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória, ela deve ser realizada por qualquer profissional da área da saúde. Ao ser detectada a suspeita ou agravo, deve ser entregue ao núcleo de vigilância para ser enviado ao Ministério da Saúde.

As ações são desenvolvidas da seguinte forma: elaborando, implementando e mantendo o sistema de busca ativa para os pacientes atendidos ou internados neste serviço hospitalar; notificando e investigando as doenças de – DNC, no âmbito hospitalar; analisando e divulgando as informações; participando das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão detectados no hospital; verificando as declarações de óbitos com preenchimento inadequado; enviando-o para as devidas correções; verificando as Autorizações de Internações Hospitalares – AIH's, identificados com agravos de notificação compulsória.

A partir daí houve uma grande mudança: diminuindo a sub-notificação, incluindo os acidentes de trabalho, diminuiu as causas de óbitos indeterminados. São realizadas as notificações de neoplasias, há a monitorização das doenças diarréicas, houve melhorias nos indicadores de vigilância epidemiológica, foi instalado o laboratório de microbiologia.

O mesmo trabalha em parceria com a Gerência Executiva da Saúde do Município de Mossoró, através da vigilância epidemiológica e sanitária, II USARP, as UBS através do PSF com os auditores.

Porem em decorrência do aumento das atribuições do NVEH encontra-se em dificuldades operacionais por motivos de recursos humanos e materiais insuficientes o quadro proposto pelo Ministério da Saúde é subestimado, não contempla os finais de semana, feriados, licenças etc. também o hospital não disponibiliza profissionais para este fim.

Hoje com vinte e quatro anos, portanto mais velho do que SUS, o hospital vem implantando a política de humanização com treinamento de funcionários.

Em fevereiro de 2003 a nova equipe de governo na saúde definiu a construção da Política Nacional de Humanização (PNH), que engloba as iniciativas já existentes rearticulando-as e potencializando-as para alcançar o conceito de humanização no conjunto das práticas de saúde do SUS. A PNH surge com o objetivo de um SUS com mudanças baseado na Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) (BRASIL, 2004).

Alicerçado nesta idéia o Pronto Socorro do HRTVM propõe iniciar a humanização utilizando a diretriz de acolhimento e o dispositivo de avaliação com Classificação de Risco da PNH. A proposta consiste em ouvir o usuário que busca o serviço de emergência, ampliando de forma efetiva o acesso a atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados e buscando a capacidade resolutive.

Apesar dos problemas levantados, o serviço acomodou-se deixou de lado a implantação de humanização e continuou a triagem como atendimento inicial do usuário de demanda espontânea, porém esta forma de atender ocasiona filas de espera na recepção do serviço, tempo de espera, recursos no atendimento de usuários que não se encaixam nos critérios para o atendimento, encaminhamentos

inadequados para outros serviços de apoio e ausência de vínculo entre sujeito, trabalhador e gestor.

A forma atual de triagem é contrária a proposta que a Classificação de Risco da PNH propõe.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva nos processos de gestão (COHN. 2005. p. 31).

Dentro da política de humanização foi introduzido o acolhimento e junto a ele temos: o Coral Canto e Saúde criado em 2003 com o objetivo de ter a música como uma terapia para os funcionários e usuários; Mão Solidária com o objetivo de arrecadar doações como material de higiene para os pacientes e seus acompanhantes; o projeto Acolher, acompanhando as famílias dos pacientes da terapia intensiva com o objetivo de orientação, escuta, preparação espiritual com oração e louvor; o projeto EMAUS traz para o hospital momentos de reflexão e conforto espiritual elaborando os atos ecumênicos no hospital; o projeto Arco-Íris que tem o objetivo de amenizar a tristeza e a dor dentro da clínica pediátrica usando a recreação infantil com brincadeiras a metodologia de auto-ajuda como terapia na perspectiva de mudar o ambiente e as relações interpessoais entre usuários e funcionários tornando o ambiente menos traumático.

Os profissionais da Terapia Ocupacional fazem um trabalho com as crianças da clínica pediátrica, o grupo de hipertensos e de saúde do trabalhador, o grupo de funcionários da lavanderia e da cozinha.

Foi realizado um treinamento dentro das normas do Ministério da Saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados contribuindo para a satisfação do usuário.

Acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços

para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região (CARVALHO; Campos, 2004, pg. 24).

Foi implantado em outubro de 2007, dando início às suas atividades em janeiro de 2008, mantendo-se em funcionamento até os dias atuais. O serviço de comissão intra-hospitalar de doações de órgãos e tecidos para transplantes (CHIDOTT), com critérios da lista estadual. Possuindo uma equipe multidisciplinar, a partir desta data foi definido um profissional responsável para realizar as buscas nas unidades de terapia intensiva, foram treinados médicos enfermeiros assistentes sociais psicólogos e outros profissionais para atuar no processo de captação de órgãos junto à família do potencial doador.

Entretanto não há um transporte adequado para a transferência do órgão, quando há múltiplos órgãos o doador tem que ser transferido para a capital, mesmo tendo uma equipe para realizar a captação, a mesma vem de Natal, não é realizado um esclarecimento para a população sobre o que é doação de órgãos, por isso há uma resistência dos familiares quanto à doação, o quadro de funcionários é insuficiente.

É determinado pelo Ministério da Saúde que em todo hospital público, ou filantrópico, com mais de 80 leitos, seja constituída de uma Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOT). Esta comissão deve ser instituída por ato formal da direção de cada hospital e esta diretamente vinculada à diretoria médica, sendo composta por no mínimo três profissionais de nível superior que não façam parte da equipe de tratamento clínico do paciente (BRASIL, 2006).

Em 2010 houve a implantação da unidade de gerenciamento de vagas (UGV) com o objetivo de colaborar para uma melhor resolutividade quanto à regulação de pacientes vindos de outros serviços e quanto às transferências necessárias do próprio hospital, os municípios e os estados vizinhos para mandarem os seus pacientes precisam telefonar para agendar a vaga. Essa determinação partiu da necessidade de melhorar o atendimento e diminuir a incidência de pacientes nos corredores do hospital sem destino definido. O Profissional da UGV precisa levantar o número de vagas nas unidades, depois distribuir as vagas por prioridades, levantar o número de pacientes com solicitação

de UTI, levantar o numero de vagas na rede pública hospitalar Mas mesmo assim ainda existem as filas e os pacientes nos corredores do hospital pela falta de leitos, nas unidades hospitalares principalmente do SUS.

O núcleo de educação continuada é importante para o desenvolvimento de programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade, preparando dessa forma profissionais capacitados para uma melhor contribuição para a sociedade, tornando-se imprescindível que os profissionais assumam a responsabilidade, ajudando a melhorar o padrão de assistência prestada no hospital e na comunidade promovendo a valorização dos recursos humanos em saúde.

Através de palestras, mini-cursos, promovendo a Semana de Saúde, congressos, também temos a abertura para as instituições de ensino mandarem os seus alunos para fazerem os seus estágios na unidade hospitalar como: as instituições de ensino em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social e outros. Através do Estado temos alguns cursos de aperfeiçoamento que são Gestão Hospitalar, Informática, pós-graduação e outros. Esta interação contribuiu para as varias parcerias interessantes fazendo circular o conhecimento e trazendo crescimento para esses estagiários e para os profissionais do hospital.

Por tudo o que foi exposto o HRTVM é o hospital de referência para a região oeste do estado do Rio Grande do Norte, sua abrangência vai além do estado do RN. Trabalhando com outros estados como Paraíba e Ceará. Com isso a tentativa de diminuir os pacientes nos corredores através da UGV não teve o sucesso esperado, ainda encontramos pacientes nos corredores, falta de leitos tanto no pronto socorro, como nas unidades de internamentos e UTI.

As escalas dos plantonistas não completam o quadro necessário, falta ortopedistas, pediatras, neurologistas, anestesistas e nas escalas de sobreaviso falta os profissionais especializados da tomografia, endoscopia, ultrassonografia, otorrinolaringologista contribuindo assim para a falta de um bom atendimento. Alem desses profissionais tem a ausência de enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais apesar de serem terceirizados e a falta de material de expediente para um melhor atendimento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em alguns momentos da história, as pessoas tiveram êxito em suas conquistas e reivindicações. Mas esses momentos só podem ser mantidos se a sociedade estiver preparada para participar dessa evolução.

Concluindo este estudo realizamos o resgate histórico do Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia, que atualmente exerce grande influência na saúde regional, tanto terapêutica quanto diagnóstica, devido a sua capacidade humana e tecnológica em diferentes áreas do conhecimento. Percebe-se forte influência desta instituição no processo de ensino com relação às parcerias formadas junto a profissionais da saúde e as instituições de ensino.

O HRTVM oferece uma boa parte de serviços essenciais à população, principalmente no que se refere às urgências e emergências, ocupando um lugar de destaque junto à comunidade. Sua evolução no atendimento se deve as mudanças e as parcerias com os profissionais e as instituições de saúde.

O Hospital passou por várias mudanças principalmente no pronto socorro, nos recursos humanos, matérias e na estrutura física havendo algumas transferências e os seus profissionais são concursados, isso porque pela história no início não eram concursados.

Dentro do seu atendimento encontram-se os recursos tecnológicos, humanos e materiais, especializados com a comissão de controle de infecção hospitalar, gerenciamento de resíduos, nutrição enteral e parenteral, vigilância epidemiológica, o serviço de comissão intra-hospitalar de doações de órgãos, uma unidade de gerenciamento de vagas, o núcleo de educação continuada e ainda abre suas portas para as escolas mandarem os seus estagiários.

Houve um crescimento dentro do hospital, mas também há uma queda perceptível que são a continuação das filas a espera de atendimento, os médicos apesar de ser três por plantões, eles dividem o horário que é para dar doze horas eles só trabalham quatro, os usuários ficam a espera nos corredores, há uma infinidade de macas, cadeiras com pacientes aguardando a sua vez.

O maquinário esta todo com defeito, raio-x, tomógrafo, autoclaves, maquinas de lavar roupas, etc.

Os profissionais de nível médio estão trabalhando em regime de plantão de vinte e quatro horas e não estão recebendo a indenização dos extras corretamente. Contribuindo para a falta de motivação no trabalho, não há uma boa interação entre os colegas, alguns vestem a camisa mas outros trabalham mecanicamente.

As camas várias delas apresentam-se com ferrugem, isto contribui para problemas de saúde junto aos pacientes, os banheiros contem mofo, a água é constantemente quente, eles colocam baldes para esfriar a água, não tem pelo menos cadeiras para os acompanhantes, as mães da pediatria deitam-se junto dos seus filhos por não ter acomodação, comem com o prato na Mão.

Alguns funcionários encontram-se com problemas de saúde, diabetes, hipertensão, enxaquecas, lomboalgia e outros tipos, não há uma política dentro da instituição que os auxiliem no controle dessas doenças, pelo menos na alimentação, os mesmos não estão sendo orientados quanto a necessidade correta dos EPIS, vestuário, calçados, cozinha não usam protetor auricular, lavanderia também, idem esterelização.

A farmácia não adéqua as medicações nas prateleiras corretamente, o local é inapropriado para a farmácia, não há uma ventilação correta, não existe um almoxarifado para a acomodação dos materiais.

A enfermagem não tem um local correto para sua coordenação, os outros profissionais idem. Ainda há muitas improvisações nos serviços, principalmente na enfermagem.

O lixo esta sendo conduzido inadequadamente, alguns condutores usam os EPIS outros não, segundo a CCIH foram orientados, os da limpeza não gostam de usar ou fazer a mesma do jeito que foram orientados, ainda querem usar vassouras de palha alguns chegam ate a comprar a vassoura e isso não pode principalmente em uma unidade hospitalar.

A UTI trabalha no limite Máximo com dez leitos na real situação, registrados somente oito, só tem um médico, um enfermeiro, e três técnicos de enfermagem. Os monitores e respiradouros são insuficientes para a demanda.

No pronto socorro as camas e macas são insuficientes, o repouso feminino é inadequado para uma unidade de urgência, o setor de trauma não tem

camas para adequar os pacientes que fazem redução, há uma falta de traumatologistas nas escalas, os corredores ficam superlotados de macas, cadeiras, com usuários em administração de medicamentos, há somente dois enfermeiros no setor, o quadro de técnicos de enfermagem idem, mais ou menos dois a três em cada setor do PS.

Não há uma política para a acomodação dos idosos, eles ficam junto com os de acidentes, trauma por arma branca, arma de fogo, contribuindo para que seu quadro se agrave mais ainda.

Na sala de primeiro atendimento não tem respiradouro montado, há somente um monitor, os funcionários não foram treinados para o seu uso, eles ocupam o pessoal da UTI.

O acolhimento esta sendo inadequado para o preconizado pelo SUS, a forma de triagem é contraria a preconizada pela PNH.

Finalizando há a falta de uma educação continuada, para a melhoria do atendimento dentro desta unidade hospitalar, tão importante para essa cidade e região oeste do estado do Rio Grande do Norte.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários a Lei Orgânica da Saúde (Lei n* 8.080/90 e n* 142/90)**. 4* Ed. Campinas SP. UNICAMP 2006.

CIANCIARULIO, Tâmara Iwanow; VITORIA Kedy. **Saúde Desenvolvimento e Globalização: Um Desafio para os Gestores do Terceiro Milênio**. São Paulo Içam 2002.

COHN, A. ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil. Políticas e organizações dos serviços**. 6* Ed. São Paulo: Cortez CEDEC, 2005

MARTINS, José Antônio Ferreira. **Resgate Histórico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis. 2004.

MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teorias, métodos e criatividade**. 26. Ed. Rio de Janeiro: vozes, 2007.

MOZACHI, Nelson. **O HOSPITAL**. Manual de o Ambiente Hospitalar. 10. Ed. Curitiba: Os Autores. 2005.

OLIVEIRA, Maria Lúcia. **Saúde da mulher**. O Absenteísmo da Clientela do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Mossoró. 1991.

PESSINI, LEO E LUCIANA BERTACHINI. **Humanização e Cuidados Paliativos**: três. Ed. São Paulo 2004.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Silvio Fernandes. **Municipalização da Saúde e Poder Local**. Sujeito Atores e Políticas: Prefacio Maria Cecília de Souza Minayo São Paulo: Hucetec, 2001.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: São Paulo: Atlas, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Legislação em Saúde**: Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **DATASUS**. Disponível em: <[HTTP://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em 20 de setembro 2010

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br/transplantes/](http://www.saude.gov.br/transplantes/)>. Acesso em 20 de setembro 2010.

ANVISA. **Legislação**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>. Acesso em Maio 2010.

COMISSÃO de controle da infecção hospitalar na prevenção e controle da infecção. **Portal da Educação**. Disponível em: <www.portaleducação.com.br/.../função-da-ccih-comissão-de-controle-da-infecção-hospitalar-na-prevenção-e-controle-da-infecção>. Acesso em Maio 2010.

HUMANIZAÇÃO da assistência hospitalar e a participação da família na recuperação da saúde da criança. Portal Humaniza, São Paulo. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br./ph/texto.asp>. Acesso em Maio 2010.

www.prosaude.org.br/noticias/.../pgs/encarte.htm>. Acesso em setembro 2010.

www.hospvirt.org.br/enfermagem/.../polsaude.html. Acesso em setembro 2010.