

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

**Integralidade da atenção na assistência hospitalar:
um estudo com profissionais que participam do
atendimento ao usuário**

Genilton Rodrigues Cunha

Belo Horizonte

2007

Genilton Rodrigues Cunha

**Integralidade da atenção na assistência hospitalar:
um estudo com profissionais que participam do
atendimento ao usuário**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

Co-orientadora: Prof^a Dra. Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Cunha, Genilton Rodrigues
C972i Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário/Genilton Rodrigues Cunha. Belo Horizonte, 2007
152f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna
Co-orientadora: Maria José Menezes Brito
1.Assistência integral à saúde 2.Equipe de assistência ao paciente
3.Humanização da assistência 4.Serviços médicos de emergência
I.Título

NLM: W 84.5
CDU: 616-083

Genilton Rodrigues Cunha

**Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo
com profissionais que participam do atendimento ao usuário**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna (Orientadora) - UFMG
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG

Dra. Roseni Rosângela de Sena (Titular) - UFMG
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG

Dra. Marília Alves (Titular) - UFMG
Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

Dra. Roseni Pinheiro (Suplente) - UERJ
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ

Dra. Carla Aparecida Spagnol (Suplente) - UFMG
Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

Dra. Maria José Menezes Brito (Suplente) - UFMG
Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

Belo Horizonte, 28 de maio de 2007

*Aos meus pais, Genilton e Graça,
exemplos da minha vida,
por me confiarem à educação.*

*Aos meus irmãos, Genilce, Alisson e Aline,
pelo incentivo e carinho.*

*À minha família e amigos,
por compreenderem as minhas ausências em razão deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela energia que nutre a minha vida e pelo direcionamento neste mar de possibilidades.

Aos meus pais, Genilton e Graça, por tudo que me ensinam, pelo zelo e cuidado. Muito obrigado!

Aos meus irmãos, Genilce, Alisson e Aline, meus confidentes, pela convivência e aprendizados.

Ao meu sobrinho Rafael e afilhado Eduardo, pelos momentos de descontração e por lembrarem o meu lado criança.

À minha bisavó Virgínia e vó Zita, exemplos de superação e amor infindável.

Aos meus amigos, Renata e Sérgio, pela compreensão e apoio incondicional.

À minha família, pela torcida.

À Geralda, pela disposição e carinho.

A todos os amigos, sempre presentes, mesmo à distância.

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Maria de Mattos Penna, por acreditar em mim, permitir os meus vãos e pelos ensinamentos.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Maria José Menezes Brito, pelos momentos de discussões.

Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pelos anos de convivência e aprendizagem.

Aos colegas de mestrado, pela troca de experiências e pelo prazer da convivência.

Aos meus colegas de plantão do Hospital João XXIII, pelos incentivos e por acreditarem em mim.

Aos profissionais de saúde que participaram deste estudo, por compartilharem as suas vivências tão enriquecedoras.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Enfim, a todos que torceram por mim.

Então o pensador, “aquele que diz o mundo”, não se deve abstrair; é que ele faz parte daquilo que descreve e, situado no plano interno, é capaz de manifestar uma certa visão de dentro, uma “in-tuição”. (MAFFESOLI, 1988, p.25)

CUNHA, Genilton Rodrigues. *Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário*. 2007. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo fundamentado na sociologia compreensiva, que teve como objetivo compreender a concepção de integralidade da atenção pelos profissionais de saúde que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de pronto-socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais. Delimitamos como cenário de estudo o Hospital de Pronto-Socorro João XXIII que constitui uma unidade pública do Sistema Único de Saúde vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Foram entrevistados quinze trabalhadores de diferentes categorias profissionais da saúde, sendo dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, dois médicos, um nutricionista e dois psicólogos. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro do ano de 2006, por meio de entrevistas com um roteiro semi-estruturado, observação direta do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e de documentação obtida na Instituição. Os dados foram tratados e analisados pelo método de análise de conteúdo. Da análise dos dados emergiram quatro categorias empíricas: 1. Integralidade: uma construção cotidiana, subdividida em quatro subcategorias: Noções de integralidade; O cuidado integral; A humanização da assistência; O vínculo: uma questão que transcende os ‘muros’ da instituição; 2. O profissional da saúde diante do sofrimento do usuário; 3. Intersetorialidade: para se repensar a rede de cuidados, subdividida em: A intersetorialidade no hospital: espaço permeado por rivalidades; A intersetorialidade no sistema de saúde; 4. O trabalho de equipe em saúde. Compreendemos que os profissionais de saúde atuam no cotidiano de um hospital de pronto-socorro de forma fragmentada, em que cada um possui a sua noção sobre a integralidade da atenção e a desenvolve nas suas práticas de acordo com seus julgamentos. Entretanto, é possível notar reflexões que apontam caminhos cotidianos de se fazer o trabalho em saúde para que ele seja pautado na integralidade, no trabalho em equipe, mesmo que seja de forma ainda incipiente. O presente estudo visa, portanto, contribuir para um melhor entendimento das concepções de integralidade pelos profissionais de saúde nos serviços de pronto-socorro e de urgência/emergência e, por consequência, das percepções e práticas que nelas se embasam. Esperamos que este possa suscitar novas pesquisas sobre o tema, além de possibilitar algumas reflexões pelos gestores acerca da integralidade da atenção apreendida no nível terciário da atenção e pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao cotidiano de suas práticas.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Humanização da assistência; Serviços médicos de emergência.

CUNHA, Genilton Rodrigues. *Integrality of the attention in hospital assistance: a study with health workers who participate in care for patients*. 2007. 152f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

ABSTRACT

This is a qualitative case study based on comprehensive sociology, which had the objective of understanding the concept of integrality of attention by health workers who work in the direct care for patients in an emergency ward of a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. The emergency ward of the João XXIII Emergency Hospital was chosen. It is a public unit of the Single Health System linked to the State Health Secretariat and belonging to the Hospital Foundation of the State of Minas Gerais. Fifteen workers of different categories were interviewed, including two welfare workers, two nurses, two nursing auxiliaries, one nursing technician, two physical therapists, one speech therapist, two physicians, one nutritionist and two psychologists. The data was collected from August to November 2006, through documents from the institution, interviews with a semi-structured questionnaire with research subjects and direct observation of the daily work of health workers. The data were treated and analyzed by the content analysis method. From the data arose four empirical categories: 1. Integrality: a routine construct, subdivided into four subcategories: Notions of integrality; The integral care; The humanization of assistance; The bond: an issue that goes beyond the 'walls' of the institution; 2. The health worker in the face of the suffering of the patient; 3. Intersectoriality: to rethink the net of care, subdivided into: Intersectoriality in the hospital: a space permeated by rivalries; Intersectoriality in the health system); 4. Team work in health care. It was seen that the health professionals act in the daily one of a soon-aid hospital of form broken up, where each one has their own idea about integrality of the attention and does it according to his/her own judgment. Therefore it is necessary to build intersectoriality in all the places in which it is inserted, in so far as there are discussions on integrality, that is, it is to dive into the discussion on this so as to build a practice that is in construction in their daily routine. This study is meant to, therefore, contribute to a better understanding of the concept of integrality by health workers in the emergency wards, and consequently, the perceptions and practices based on them. It is hoped that this will bring about further research on the theme, as well as to bring some reflection by health managers on integrality of care at the tertiary care level and by health care workers in their daily practice.

Key-words: Integral assistance to the health; Team of assistance to the patient; Humanization of the assistance; Medical services of emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CEP/FHEMIG - Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
- CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
- COEP/UFMG - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
- CTI – Centro de Tratamento Intensivo
- DS - Distrito Sanitário
- EMI/EEUFMG - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- HMAL - Hospital Maria Amélia Lins
- NEP/HPSJXXIII - Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII
- NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- Org. – Organizador
- PAM - Posto de Assistência Médica
- PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UPA - Unidade de Pronto-Atendimento
- UTI – Unidade de Tratamento Semi-Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
11. INTEGRALIDADE: UMA POLÍTICA DE ESTADO.....	16
2. PERCURSO METODOLÓGICO	26
2.1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	29
2.2. CENÁRIO DE ESTUDO.....	30
2.3. SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
2.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3. COMPREENSÃO DOS DADOS	41
3.1. INTEGRALIDADE: UMA CONSTRUÇÃO COTIDIANA.....	41
3.1.1. Noções de integralidade.....	42
3.1.2. O cuidado integral.....	48
3.1.3. A humanização da assistência.....	69
3.1.4. O vínculo: uma questão que transcende os ‘muros’ da instituição.....	77
3.2. O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO DO USUÁRIO.....	80
3.3. INTERSETORIALIDADE: PARA SE REPENSAR A REDE DE CUIDADOS.....	91
3.3.1. A intersectorialidade no hospital: espaço permeado por rivalidades.....	92
3.3.2. A intersectorialidade no sistema de saúde.....	98
3.4. O TRABALHO DE EQUIPE EM SAÚDE.....	103
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
APÊNDICES.....	143
Apêndice A - Termo de autorização para a realização do estudo.....	143
Apêndice B - Convite de participação aos sujeitos da pesquisa.....	145
Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	146
Apêndice D - Roteiro de entrevista.....	148
ANEXOS.....	149
Anexo A - Parecer de aprovação do EMI/EEUFMG.....	149
Anexo B - Parecer de aprovação do COEP/UFMG.....	151
Anexo C - Parecer de aprovação do CEP/FHEMIG.....	152

1. INTRODUÇÃO

Embora o mundo seja difícil de ser vivido, sabemos que é preciso vivê-lo. E, da mesma forma, se é impensável, é preciso pensá-lo. (MAFFESOLI, 1988, p.19)

O tema proposto neste estudo vem sendo construído ao longo da nossa vida profissional, como enfermeiros. Inicialmente, por um breve período, pudemos nos integrar como docentes à equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nesta ocasião, vivenciamos o trabalho desenvolvido organizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma proposta do Ministério da Saúde que visa reorientar o modelo assistencial da Atenção Básica à Saúde no Brasil, fundamentada nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), consignados na legislação constitucional e infraconstitucional. Essa concepção que objetiva superar o modelo biomédico hegemônico centrado exclusivamente na doença, tem o seu avanço com o processo de municipalização, desenvolvendo-se sob a forma de trabalho em equipes por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas às populações de territórios delimitados.

Concomitantemente, temos vivenciado, como trabalhadores de um hospital estadual de pronto-socorro, situado no mesmo município, a assistência prestada ao usuário calcada no modelo biomédico hegemônico. Foi, então, que começamos a reconhecer as diferenças na assistência prestada à população nos dois serviços que pertencem ao SUS. Por um lado foi possível vivenciar uma prática assistencial mais fidedigna aos princípios dispostos no texto constitucional e um resgate do indivíduo enquanto cidadão na atenção básica, promovendo-lhe autonomia e co-responsabilização para com o seu corpo. Por outro, observamos uma perda de identidade do usuário e a disciplina do seu corpo pelos profissionais de saúde no âmbito

hospitalar. Por mais que exista esta ‘invasão’ e a determinação de salvar vidas, há neste serviço a presença do sentimento de impotência e frustração dos trabalhadores de saúde ante a morte alheia.

O fascínio de trabalhar no limiar entre a vida e a morte foi aos poucos se esvaindo, na medida em que começamos a refletir sobre o atendimento realizado no hospital de pronto-socorro. Este, além de estar fundamentado no imediatismo, é voltado para a patologia e/ou queixa apresentada pelo usuário que procura o serviço. Além de ser um ambiente permeado pela dor e pelo sofrimento do outro, há nesse local uma superposição técnica que esquadrinha o indivíduo em partes biológicas, voltada aos sinais e sintomas por ele apresentado, sem considerá-lo quanto aos aspectos psicológicos e sociais. Observamos que os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde ainda conservam em suas raízes, como característica fundamental, o modelo biomédico hegemônico, o qual se orienta em torno do profissional-médico e da valorização das especialidades.

Essas reflexões levaram-nos a delinear alguns questionamentos: como poderia ocorrer a integralidade da atenção nas ações de saúde de um hospital de pronto-socorro, um serviço de referência em urgência e emergência? Os profissionais de saúde que atendem neste hospital estariam cientes das atuais discussões sobre integralidade da atenção, considerando que fazem o atendimento em um hospital público, que pertence a uma rede de atendimento progressivo em saúde? Quais seriam as suas percepções e conhecimentos em relação à integralidade do cuidado?

Nesse contexto, Pinheiro (2001) salienta que as ações desenvolvidas no nível terciário da atenção, dão o status à competência técnica do médico e desvalorizam as atividades dos demais profissionais. Neste sentido, é possível verificar uma fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os atores de saúde no atendimento ao usuário e sua família. O atendimento deveria ser realizado em equipe, com discussões conjuntas, em que há

um respeito à importância do trabalho de cada categoria profissional. Nesta perspectiva, Cecílio e Merhy (2003) lembram que o cuidado em âmbito hospitalar tem necessariamente uma natureza multidisciplinar, onde os mais variados conhecimentos advindos de cada profissão são valorizados e se complementam a fim de atender às necessidades ampliadas de saúde do cliente.

Assim, no encontro do usuário com os profissionais de saúde, haveria de prevalecer a melhor escuta possível e o compromisso na resolução das mais variadas necessidades de saúde que a pessoa traz consigo e, não, simplesmente, enxergar o indivíduo como um portador de doença e oferecer-lhe um atendimento com fragmentação dos saberes que o reduz a partes específicas do corpo. Além disso, deveria ser contemplada no atendimento à sua família, que também carrega consigo um sofrimento em relação a seu ente querido. De acordo com Cecílio (2001), os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços devem buscar um melhor preparo para fazerem a escuta das necessidades de saúde do usuário, em que estas possam ser consideradas o centro de suas intervenções e práticas. Para tanto, Mattos (2001, p.61) ressalta que *“a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.”* Entretanto, conforme atesta Cecílio (2001, p.118), os serviços de referência têm sido entendidos como *“lugares de finalização e de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas, e por isso mesmo, descompromissados com a integralidade.”*

Apesar de reconhecer o grande potencial na redução dos índices de mortalidade, de complicações e de incapacidades físicas, percebemos, também, que o hospital não tem realizado a contra-referência dos usuários. Esta pode ser entendida como o encaminhamento dos clientes para os outros níveis de menor densidade tecnológica, ou com retorno ao nível do primeiro atendimento, de modo a configurar a hierarquização da rede assistencial. Cecílio e Merhy (2003, p.200), porém, salientam que *“por mais que se amplie e se aprimore a rede*

básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares continuam sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS.”

Durante o trabalho no hospital de pronto-socorro em estudo, temos constatado, ainda, que parecem existir dois hospitais diferentes dentro da mesma instituição. Um trata da unidade de emergência (plano horizontal) e o outro da unidade de internação (plano vertical), logo, dois setores que possuem singularidades próprias. No primeiro, considerado a ‘porta de entrada’ do hospital, encontra-se um expressivo número de funcionários que prestam o primeiro atendimento aos usuários, os quais apresentam diversos agravos de saúde. Nessa unidade o atendimento se destina, em sua maioria, a resolver as necessidades de saúde do indivíduo de forma imediata. Após os cuidados iniciais, ele é transferido para a unidade de internação, ou para outro hospital, ou recebe alta hospitalar. Há uma agilidade em dar resolutividade ao caso do usuário, já que a demanda no hospital de pronto-socorro é espontânea e referenciada, portanto, contínua. No plano vertical, os funcionários trabalham em clínicas específicas, onde observamos uma maior possibilidade de acompanhamento do cliente em sua forma mais ampliada possível, o que nem sempre é realizado. É possível perceber, entretanto, a existência de processos de trabalho destoantes entre as duas unidades. Nessa mesma direção, Cecílio e Merhy (2003, p.200) afirmam que *“as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade.”*

Dessa forma, como podemos pensar em integralidade da atenção no hospital de pronto-socorro em estudo se o mesmo está fragmentado em duas unidades que, em princípio, não apontam para a complementaridade? Nesse sentido, pode-se afirmar que a integralidade da atenção não se dá em um só lugar, já que o atendimento ao usuário é realizado de forma ininterrupta desde a sua entrada na instituição até o momento de sua alta hospitalar ou

transferência para outro serviço de saúde. Ademais, o que é integralidade para os profissionais da saúde? Como a percebem no seu ambiente de trabalho?

O que observamos nas práticas cotidianas hospitalares é que apesar de os profissionais de saúde terem adquirido conhecimentos especializados e domínio das tecnologias em sua formação, na maioria das vezes, esses parecem não saber ‘escutar’ os usuários que dependem do serviço. Nessa perspectiva, Cecílio (2001) aponta que o atendimento ao indivíduo, em um serviço de urgência e emergência, poderia ser um momento crucial de escuta de suas necessidades, embora possa ser argumentado que cabe ao serviço oferecer o atendimento especializado necessário naquele momento. No entanto, segundo o documento do Ministério da Saúde há um *“despreparo desses trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde supõe.”* (BRASIL, 2004).

Em face do exposto, notamos que no hospital selecionado para este estudo não há uma prática direcionada para o usuário, no tocante à questão da integralidade da atenção em sua forma mais ampliada e na busca de um atendimento para a resolução de suas necessidades de saúde, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Acrescemos a isso, o fato de a integralidade não se constituir um conceito único. Pelo contrário, é uma noção polissêmica e ainda indefinida e deve ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível, pois aborda um conjunto de valores que permeia as práticas de saúde como um todo. (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001).

Nessa perspectiva, Camargo Júnior (2001) atesta que talvez essa indefinição possa explicar a escassez de bibliografia sobre o tema. De fato, percebemos que há na literatura poucos estudos que abordam a integralidade da atenção na concepção dos profissionais de saúde, principalmente, no nível terciário da atenção. A maioria desses estudos aponta para a rede de serviços e, principalmente, para a atenção primária à saúde. Conforme salienta Cecílio (2001), faz-se necessário, então, deslocar o foco de que a atenção primária seja um lugar

privilegiado da integralidade. Pinheiro e Luz (2003) corroboram essa opinião e ressaltam a deficiência de estudos que abordam os efeitos de uma política de saúde em situação microinstitucional, sobre a integralidade das ações nos serviços de saúde, que são os espaços onde ela deveria se materializar.

Torna-se, assim, oportuno adotar uma postura compreensiva que permita um olhar transcendente às aparências, que possibilite apreender a integralidade no contexto hospitalar sob a ótica dos profissionais de saúde. Considerando a estrutura organizacional, a formação dos profissionais, as relações entre os mesmos e destes para com o usuário, questionamos:

- Quais as concepções dos profissionais de saúde que trabalham em um hospital público de pronto-socorro, sobre a integralidade da atenção no atendimento ao usuário?

As instituições de saúde, como espaços privilegiados para apreensão dos elementos constitutivos da integralidade, atuam para a construção e reprodução dos saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003). Dessa forma, torna-se relevante o estudo proposto, por se tratar de um tema ainda pouco desenvolvido pela literatura.

Esperamos, portanto, que este estudo possa contribuir para um melhor entendimento das concepções de integralidade pelos profissionais de saúde nos serviços de urgência/emergência e, por consequência, das percepções e práticas que nelas se embasam. Por meio dessas reflexões, as organizações podem buscar uma maior eficácia pautada na integralidade da atenção, promovendo melhorias na prestação de serviços à população e na interação entre os profissionais de saúde. Assim, este estudo tem por objetivo:

- Compreender a concepção de integralidade da atenção pelos profissionais de saúde que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de pronto-socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais.

1.1. INTEGRALIDADE: UMA POLÍTICA DE ESTADO

A fim de contextualizarmos a integralidade da atenção, foi necessário retomarmos à década de 1970, época em que este tema começa a tomar “corpo” com a Reforma Sanitária Brasileira, a qual se constituiu numa proposta abrangente de mudança social e de transformação na área da saúde. De acordo com LUZ (2001), nesse período houve uma grande movimentação social em torno das políticas públicas, e a saúde passou a ser concebida como um direito de cidadania. Paim (1999) ressalta que essa posição representou, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde e a não garantia de acesso aos serviços, estruturada a partir de críticas ao sistema de assistência médico-hospitalar vigente e de movimentos sociais.

A Reforma Sanitária no Brasil foi, também, impulsionada pela Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão em 12 de setembro de 1978, que descreveu os parâmetros e critérios sobre os cuidados primários de saúde e estabeleceu uma meta de saúde para todos no século XX, um direito humano fundamental (OPAS, 2003). A declaração de Alma-Ata proferiu um sistema de atenção primária à saúde e propôs uma ação integral no sistema de saúde nacional, para enfatizar a promoção de saúde e a prevenção, além de questionar o modelo biomédico. Para tanto, ela estabeleceu algumas estratégias operacionais, conhecidas mais tarde como: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização, ação intersetorial, participação comunitária, controle social e integralização das ações de saúde.

Esse movimento social e político resultou na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja finalidade foi propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembléia Nacional Constituinte. Realizada em março de 1986, teve como temário a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, sendo considerada um marco no processo evolutivo das políticas de saúde no Brasil (SILVA, Maria, 1999). Sua

principal conquista foi a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que defende a criação de um Sistema Único de Saúde que, mais tarde, por meio da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 05 de outubro de 1988, estabelece ser o SUS a política de saúde vigente no país, amparado pelos Artigos 196 a 200. De acordo com o Artigo 196,

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, 2006, p.141)

Com a finalidade de regulamentar o SUS, foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 em 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre “*as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências*” (BRASIL, 1990a), e nº. 8.142 em 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre “*a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.*” (BRASIL, 1990b). A Lei nº. 8.080, determina que o conjunto de ações e serviços públicos de saúde constitui o Sistema Único de Saúde, do qual também podem participar, em caráter complementar, as instituições privadas. Esse, por sua vez, está organizado de acordo com os seguintes princípios doutrinários: equidade, integralidade e universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. (BRASIL, 1990a).

A organização operacional do SUS evoluiu mediante as seguintes normas operacionais básicas: NOB/91, NOB/93 e NOB/96. Estas representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, constituindo em aspectos fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A NOB/91 foi

criada na tentativa de tornar operacionais os preceitos das Leis nº. 8.080 e nº. 8.142, e ordenar a transferência de recursos. De acordo com CORNÉLIO (1999), foram delimitadas as figuras do Município e Estado habilitados por meio de estímulos financeiros àqueles que cumprem às exigências estabelecidas, como a hierarquização da rede sanitária e a criação de Fundos e Conselhos de Saúde. Os repasses de recursos, no entanto, eram condicionados à produção, não considerando o perfil das necessidades da população. A formulação da NOB/93 foi marcada pelo avanço da municipalização propiciada pela NOB/91. Teve como intuito a execução do SUS com descentralização dos serviços de saúde, além de criar as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites e de prever mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo nos diferentes níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena). (SILVA, Teresa, 2006). A NOB/96 redefine o modelo de gestão do SUS e constitui um instrumento para a viabilização da atenção integral à saúde da população e disciplina as relações entre as esferas de gestão do sistema (BRASIL, 1997).

Observamos, então, que as NOB-SUS 93 e 96 promoveram uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadearam um processo de descentralização intenso e transferiram para os Estados e Municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, entra em vigor a Norma Operacional da Assistência à Saúde no ano de 2001 (NOAS-SUS 01/2001), que, além de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, *“define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.”* (BRASIL, 2001a). Estabelece, portanto, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, ao elaborar um Plano Diretor de Regionalização pelas Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, que deve ser submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e encaminhado ao Ministério da

Saúde. Dessa forma, no que tange aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços.

Assim, de acordo com Mendes (2006), o SUS constitui um espaço privilegiado de construção de cidadania e que transcende a si mesmo, no sentido em que ele demarca as possibilidades e os caminhos do aparelho do Estado brasileiro ao explicitar os papéis federativos, redistribuir as competências, descentralizar os recursos, democratizar as decisões, além de procurar romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. Segundo o mesmo autor o SUS pode ser reconhecido em três dimensões:

O SUS tem, como processo social, dimensão política dado que vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados.

O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa, ao processo de implantação.

Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia. (MENDES, 2006, p.58)

Dessa maneira, as ações e os serviços de saúde nesse sistema se estabelecem em torno da participação popular e do atendimento integral e configuram uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 2006). A assistência passou a ser prestada por um conjunto de unidades de saúde interligadas entre si e que se organizam em níveis de atenção que variam, conforme Mendes (2006), com as suas respectivas “densidades tecnológicas”. Neste sentido, o autor salienta que se deve falar em “densidade tecnológica e, não, de complexidade tecnológica porque é preciso questionar a idéia de que a atenção primária é de baixa complexidade tecnológica” (p.267), pois assim como a atenção secundária e terciária, a atenção primária também exige conhecimentos e

habilidades de alta complexidade advindos das mais variadas profissões que compõem o quadro da saúde.

Nesse contexto, isentas as situações de urgência/emergência, a entrada do usuário nessa rede hierarquizada deveria ocorrer por meio do nível de atenção primário, que possui um caráter ambulatorial, representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O nível secundário é composto por consultórios especializados, Postos de Atendimento Médico (PAM) e de pequenos hospitais. Caso o usuário necessite de serviços de saúde de alta densidade tecnológica e de internação, este deve ser encaminhado, conforme a situação, aos hospitais gerais ou especializados que perfazem o nível de atenção terciário. Observamos, entretanto, que, na prática, o sistema de saúde é uma rede com múltiplas entradas, o que permite ao usuário transitar entre os níveis de atenção sem um devido acompanhamento, em que exista de forma efetiva a referência e a contra-referência.

Essa rede, também regionalizada, define serviços adequados às diferentes realidades e oferece à população o acesso a todos os recursos de saúde disponíveis, dos mais simples aos mais complexos, com o objetivo de alcançar uma resolubilidade satisfatória em relação aos acometimentos de saúde do usuário. Surge então, a proposta de Distritos Sanitários (DS), as menores unidades de organização e funcionamento do SUS, que visam organizar os serviços e estabelecimentos em rede, com mecanismos de comunicação e integração, em que se destacam a referência e contra-referência e a implantação de modelos assistenciais alternativos ou de base epidemiológica (PAIM, 1999). Esses territórios de responsabilidades foram definidos segundo os riscos sociais e epidemiológicos.

No município de Belo Horizonte, Minas Gerais, os serviços de saúde foram reorganizados em nove Distritos Sanitários de acordo com o espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência. Conforme o documento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2001a), *“em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito”*.

Este é constituído pelas unidades básicas (Centros de Saúde), Postos de Assistência Médica (PAM) que perfazem as unidades secundárias, Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), unidades de urgência/emergência, como as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), além da rede hospitalar pública e contratada (BELO HORIZONTE, 2001a). Esta última, de direito privado ou de caráter filantrópico, presta serviços à clientela do SUS, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde, por meio de contrato ou convênio, com um propósito curativo da atenção que prioriza as internações, consultas ou exames laboratoriais.

A fim de organizar as linhas de produção do cuidado com o usuário em todos os níveis da assistência, implantou-se em Belo Horizonte no ano de 2002 o projeto BH Vida, que visa, também, à organização da atenção básica pela estratégia do Programa de Saúde da Família. Em 2003, esse projeto foi repensado e denominado BH Vida: Saúde Integral. A questão da integralidade de atenção à saúde, uma das diretrizes básicas do SUS, passou a permear o fluxo do usuário para o acesso aos recursos disponibilizados pelos serviços, o que refletiu em mudanças na produção do cuidado. O projeto tem como *“desafio consolidar um sistema de saúde de qualidade e integral”*, definindo diretrizes para a condução dos trabalhos junto à população, dentre as quais, ressaltamos a integralidade de assistência à saúde. (BELO HORIZONTE, 2001b).

A integralidade da assistência é entendida, conforme a Lei 8.080, como *“um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”* (BRASIL, 1990a). De acordo com Cecílio (2001, p.113), ela constitui com os outros princípios doutrinários (equidade e universalidade) um *“conceito tríplice”* e *“entrelaçado”*, o que representa, de forma expressiva, o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. O autor complementa ao relatar que a integralidade e a equidade não se restringem ao acesso a

determinados serviços, pois remetem-se, também, ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações.

Entretanto, uma primeira aproximação quanto ao seu significado pode ser expresso no Artigo 198 do texto constitucional, como “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*” (BRASIL, 2006, p.142). Na literatura consultada, há vários autores que se apropriam dessa diretriz, já que a integralidade é um termo que não pode ser chamado de conceito, pelo contrário, é uma palavra polissêmica, que deve ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001). Este último autor a define como uma “bandeira de luta”, pois ela carrega consigo um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar. Assim, ele tece em seu estudo três conjuntos de sentidos sobre a integralidade, tais como, as práticas dos profissionais de saúde e a visão integral dos mesmos ante as necessidades de saúde dos usuários; a organização dos serviços e as práticas de saúde, que devem apreender as necessidades ampliadas de saúde da população; e, por último, as respostas governamentais aos problemas de saúde da população.

A integralidade na dimensão das práticas dos profissionais de saúde é defendida por Mattos (2001) como um valor que se expressa nas respostas desses atores frente ao que os pacientes procuram. Para o autor, há profissionais que lidam apenas com as doenças dos usuários em detrimento dos desejos, aspirações e dos sonhos que os acompanham. Neste sentido, percebe-se que a integralidade só se realiza quando se estabelece uma relação sujeito-sujeito.

Dessa maneira, ao abordar a integralidade da atenção voltada para o atendimento ao usuário, faz-se necessário pensar a humanização da assistência, já que, assim como o atendimento integral, o acesso humanizado é uma das diretrizes do SUS e conseqüentemente de seus trabalhadores para com os usuários. Nesse contexto, a integralidade é entendida como

algo que se produz na organização do processo de trabalho em saúde. Imbricada nesta atividade, está a humanização, enfocada como ampliação do processo comunicacional entre usuários e profissionais, com associações com a própria cultura organizacional.

De acordo com Deslandes (2004), o termo “humanização” ganha novo status após o Ministério da Saúde regulamentar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em maio de 2000, que se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. Segundo a autora, esse programa é substituído, posteriormente, pelo Programa “Humaniza SUS”, que passa a se constituir em uma política de assistência, em que *“humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.”* (BRASIL, 2004).

A noção de humanização pode, também, ser empregada na qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, do reconhecimento dos direitos do usuário levando em consideração *“sua subjetividade e referências culturais”*. Além disso, *“implica na valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”* (DESLANDES, 2004, p.8), que é também, a essência da integralidade da atenção.

Percebemos nas práticas cotidianas hospitalares, no entanto, o predomínio do modelo médico hegemônico, que fragmenta não só o indivíduo em partes biológicas, mas também o trabalho ao orientar-se em torno do profissional médico, o que contraria os pressupostos da integralidade da atenção. Nesse modelo, o indivíduo é reduzido à sua patologia e, muitas vezes, referenciado como ‘paciente’, colocando-o em posição de inferioridade em relação aos profissionais de saúde. Cecílio e Merhy (2003) lembram, entretanto, que o cuidado no ambiente hospitalar é um somatório de um grande número de cuidados parciais que se complementam, ofertados pelos vários atores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, há de se pensar que o usuário é um ser de necessidades que busca o serviço com a finalidade de resolver o seu sofrimento. Ele deve ser entendido como ‘ser’ integral,

incorporado a um conjunto de fatores que afetam a sua saúde e o seu convívio social, como, por exemplo, a sua família. A saúde está relacionada, portanto, com o modo de vida das pessoas, e estas têm que ser informadas de todas as possibilidades de atendimento que possuem. De acordo com essa visão, Cecílio (2001) ressalta que as necessidades de saúde podem ser apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos, que dizem respeito a ter “boas condições de vida”, a de se ter acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculo entre usuário e equipe e/ou profissional que estabelecem uma relação de confiança e, por último, à necessidade crescente de autonomia no modo de viver de cada pessoa.

Diante do exposto, o mesmo autor atesta que a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como “*o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.*” (CECÍLIO, 2001, p.116). O resultado dessa “*integralidade focalizada*” deve ser fruto do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Para tanto, Pinheiro (2001, p.65) ressalta como a integralidade pode ser assumida na construção dos serviços:

uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Em contrapartida, Cecílio (2001, p.117) adverte que “*a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular*”, mesmo que este cumpra a contento sua função social. Para ser alcançada, tem que haver uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais (PINHEIRO; FERLA; SILVA JR., 2004). Além disso, a integralidade também depende de outros fatores para a sua materialização, tais como, a criação de vínculos entre

usuários e trabalhadores e a construção da autonomia da pessoa que busca o serviço de saúde para o atendimento de suas demandas e satisfação de suas necessidades. (PINHEIRO, LUZ, 2003).

A integralidade, preceito de sentidos, é concebida, para Pinheiro e Guizardi (2004), como *“um termo plural, ético e democrático”* (p.22), portanto, *“como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde.”* (p.21). Para tanto, ela produz efeitos de polifonia quando a sua prática é realizada de forma eficaz, pois esta *“resulta do embate de muitas vozes sociais”* (p.22). Nessa perspectiva, o presente estudo privilegia as vozes dos profissionais de saúde para buscar compreender as práticas cotidianas no atendimento ao usuário em um hospital de pronto-socorro.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Ora, a existência cotidiana é fragmentada, polissêmica, feita de sombras e luz ou, numa só palavra, o que é cada vez mais admitido, obra de um homem, ao mesmo tempo sapiens e demens. (MAFFESOLI, 1988, p.203)

O interesse pela questão do homem, enquanto ator social, tem suscitado a necessidade de estudos que buscam compreender as relações cotidianas como resultado da atividade humana em toda a sua complexidade. Dessa maneira, percebe-se que há um fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, trazendo à tona questões que passavam até então despercebidas. Nessa perspectiva, a fim de compreender as concepções de integralidade pelos profissionais da saúde no cotidiano de um hospital público de pronto-socorro, optamos por realizar um estudo com a abordagem qualitativa, a qual, segundo Minayo (2004, p.10), é capaz de

incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Corroborando, Triviños (1987) argumenta que os “atos” podem ser as ações desenvolvidas em uma determinada situação e período de tempo como, por exemplo, uma cena. As “relações” surgem no intercâmbio entre as pessoas que fazem parte de uma “situação” com espaço e tempo limitados. Por sua vez, situações “são constituídas pelo foco em estudo, pela unidade que se pretende analisar.” (p.127).

Dessa maneira, a pesquisa qualitativa direciona-se a estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, com suas crenças, valores e significados,

que são apreendidos nos mais variados ambientes. Ela apresenta-se como um campo de investigação que aponta para uma interpretação da realidade em sua amplitude; extrapola o simples dado objetivo, o que possibilita uma leitura mais aprofundada do fenômeno em detrimento do observado apenas em sua superfície. Conforme assinala Godoy (1995, p.21), por meio desse panorama *“um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada.”* Assim, a abordagem qualitativa, enquanto procedimento metodológico, diverge das ciências naturais, pois trata dos fenômenos sociais que não são susceptíveis à quantificação e objetivação, já que cada um possui sentido próprio e identidade peculiar. Para tanto, a compreensão do fenômeno só pode ocorrer se a ação é colocada dentro de um contexto de significados (GOLDENBERG, 1999).

Nessa perspectiva, tornou-se oportuno desenvolver este estudo sob as bases da pesquisa qualitativa fundamentada nos pressupostos da Sociologia Compreensiva, a qual legitima a subjetividade como constitutiva do social, preocupando-se em compreender a dinâmica das relações sociais *“consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.”* (MINAYO, 2004, p.11). Esta autora afirma ainda que *“ela privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que o SIGNIFICADO e a INTENCIONALIDADE os separam dos fenômenos naturais.”* (p.50).

De acordo o sociólogo francês Michel Maffesoli, um renomado estudioso contemporâneo no que concerne à sociologia compreensiva, a forma de pensamento na sociologia perpassa pela dicotomia razão versus imaginação, duas atitudes complementares. Assim, *“de um lado dá-se ênfase à construção, à crítica, ao mecanismo e à razão; de outro, é*

costume insistir-se na natureza, no sentimento, no orgânico e na imaginação.”
(MAFFESOLI, 1988, p.22).

Nesse contexto, a sociologia compreensiva ocupa em descrever o vivido naquilo que se apresenta; é adequada para descrever os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações. Penna (1997, p.49) se refere ao *“homem agindo em seu cotidiano, naquele espaço que lhe é conhecido, interagindo com seu meio, onde ele é autor e ator, contracenando com outros autores e atores.”* Afirma ainda que *“é a partir de sua própria concepção que devemos interpretar a sua experiência.”*

Para Maffesoli (1988), ao salientar a polissemia do dado social, isto não significa que não seja possível assinalar as formas estruturantes, pois a ordem e a desordem acham-se intimamente mescladas. A “forma”¹ (o “formante”) permite a atenção ao particular sem que se negligenciem as características essenciais, evitando o conservantismo. Assim, ela conduz ao politeísmo dos valores, levando em conta para cada elemento social a multiplicidade de seus aspectos. Dessa maneira, a sociologia deve ser aberta, no sentido de estar apta a integrar saberes especializados num conhecimento plural, *“sempre em vias de se construir e de se desfazer.”* (p.33).

Em face do exposto, Silva, Teresa (2006) aponta um relativismo metodológico na sociologia compreensiva, como *“forma de investigação que permite apreender melhor a riqueza da experiência social.”* (MAFFESOLI, 1988, p.76). Tal relativismo permite a escolha do método Estudo de Caso de natureza qualitativa, pois este também busca retratar a realidade de forma completa e profunda, em que é revelada a multiplicidade de dimensões em um

¹ Maffesoli (1988, p.26), em seus estudos do cotidiano, resgata a *Sociologia das Formas* de G. Simmel, em que a forma (*formal*) se diferencia de formal (*formell*). A primeira é adequada para descrever as situações e as representações constitutivas da vida cotidiana, o que permite apreender a labilidade do vivido; a segunda diz respeito ao aspecto formal. Maffesoli propõe o termo “formismo” que *“permite pôr em relevo as características da vida social sem deformá-las em demasia”* (p.109), além de *“apreender a exuberância da aparência social.”* (p.112).

contexto social. Além disso, esse método parte do pressuposto de que a realidade não é única, podendo ser vista sob diferentes perspectivas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Diante dessas constatações, o próximo tópico visa a delinear o estudo de caso como estratégia de pesquisa utilizada nesta investigação.

2.1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Neste estudo propomos o uso da metodologia do Estudo de Caso de natureza qualitativa a fim de compreender o fenômeno. Triviños (1987) ressalta que este método é um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa, o qual permite uma observação do fenômeno em sua evolução e suas relações estruturais fundamentais. O mesmo autor adverte, porém, que “*a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto*”, além de exigir uma “*severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias*” (p.134), já que o sujeito está implicado no processo e nos resultados do estudo. Conforme atesta Yin (2005, p.32),

Um estudo de caso é uma investigação empírica que

- *investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando*
- *os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.*

Percebemos, então, que o estudo de caso permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, portanto, trata-se de uma estratégia de pesquisa abrangente que se baseia em várias fontes de evidências (LÜDKE, ANDRÉ, 1986; Yin, 2005). Godoy (1995) ressalta, no entanto, que, ao utilizar o estudo de caso, o pesquisador deve manter-se alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir no decorrer do trabalho, estando aberto às suas descobertas. Assim, devido à

complexidade da realidade, o pesquisador deve também preocupar-se em mostrar a multiplicidade de dimensões do fenômeno presente no contexto em que se situa, além da sua opinião a respeito do tema em estudo.

Diante do exposto, o estudo de caso constitui uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (GODOY, 1995). Para Lüdke e André (1986), esse tipo de abordagem enfatiza “*a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes*” (p.19), além de permitir “*uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.*” (p.21).

2.2. CENÁRIO DE ESTUDO

Delimitamos como cenário de estudo o Hospital de Pronto-Socorro João XXIII (HPSJXXIII) situado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que constitui uma unidade pública do Sistema Único de Saúde (SUS) vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O hospital, considerado a maior instituição da América Latina especializada em atendimento a traumas (FHEMIG, 2005), é custeado por meio de recursos financeiros do Tesouro do Estado e de produção, de serviços reembolsados pelos Sistemas de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS).

O hospital funciona 24 horas por dia e proporciona uma assistência médico-ambulatorial e hospitalar de urgência/emergência, onde é dada exclusividade ao atendimento pelo SUS (HOSPITAL JOÃO XXIII, 1996). Tem como missão atuar como Centro de Referência e Excelência nos atendimentos a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente de vida, garantindo uma assistência digna e competente, com ética, respeito, honestidade, solidez,

amor, dedicação, confiabilidade e qualidade a toda a população que demandar os serviços do hospital. Presta serviços especializados como: Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (UTI), cirurgia geral, clínica médica, pediatria, neurologia, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, otorrinolaringologia, medicina intensiva, anestesiologia, cirurgia cardiovascular e oftalmologia (COSTA; CUNHA; TRAJANO, 2003).

O Hospital de Pronto-Socorro João XXIII foi criado em 1973 e atualmente passa por uma reforma iniciada em outubro de 2005. Até este ano, a unidade contava com uma média de atendimento a 160 mil pacientes por ano, sendo que 75% dos casos eram provenientes de traumas. A instituição possuía 420 leitos (123 leitos de urgência e emergência do ambulatório, 39 de terapia intensiva e 258 leitos de internação), um quadro de recursos humanos que perfazia um total de 2.532 profissionais e uma planta física de 18.224 metros quadrados de área construída (FHEMIG, 2005), distribuídos da seguinte forma:

1 - No plano horizontal possui uma Unidade de Emergência com os seguintes apoios: Portaria de Emergência, Salas de Suturas, Sala de Triagem, Sala de Politraumatizado, Sala de Emergências Clínicas, Sala de Ortopedia, Sala de Atendimento Feminino, Sala de Atendimento Masculino, Sala de Atendimento Pediátrico, Sala de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Endoscopia, Toxicologia, Sala de Observação Masculina e Feminina, Imagenologia: Radiologia, Tomografia, Ultra-Sonografia, Centro Cirúrgico, Eletrocardiografia, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço Social, Psicologia.

2- No plano vertical possui uma Unidade de Internação com as seguintes clínicas: Clínica de Pediatria, Médica, Cirurgia Geral, Plástica Reparadora, Neurologia, Clínica de Queimados, Setores de Pacientes Críticos, Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, Centro de Tratamento Intensivo. (HOSPITAL JOÃO XXIII, 2002)

A escolha desse hospital como cenário justifica-se pela facilidade de nossa inserção no campo de pesquisa por atuarmos como enfermeiros nessa instituição. Além disso, de acordo com a Portaria Ministerial nº 2.224 (BRASIL, 2002a) que estabelece o sistema de classificação hospitalar do SUS, o hospital de pronto-socorro João XXIII é classificado como Porte IV, conforme o número de leitos (300 ou mais), leitos de UTI (30 ou mais), tipo de UTI

(tipo III), alta complexidade (4 ou mais), urgência/emergência (Referência Nível III) e salas cirúrgicas (acima de 08). A instituição é referência nacional em tratamento de queimaduras e em emergência na América do Sul, esta última a partir de 1995. No ano de 2001 a unidade foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro de Excelência em Queimados, sendo que em 2003 passou a ser classificada pelo mesmo órgão como uma das três melhores da América Latina (FHEMIG, 2005).

Quanto às finalidades, o hospital deve priorizar o atendimento ao paciente politraumatizado; promover e estimular a investigação, pesquisa e afeição, contribuindo para o aprimoramento da formação de recursos humanos para a área de saúde; colaborar para a educação médico-social da coletividade (HOSPITAL JOÃO XXIII, 1996). A clientela atendida é todo e qualquer cidadão (independente do sexo, cor, idade ou condição sócio-econômica) provindo, primeiramente, da região metropolitana de Belo Horizonte e, secundariamente, de outras regiões de Minas Gerais e de Estados limítrofes (COSTA; CUNHA; TRAJANO, 2003).

2.3. SUJEITOS DA PESQUISA

De acordo com Minayo (2004), ao delinear a população com a qual pretendemos trabalhar em um estudo qualitativo, devemos preocupar-nos mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, em detrimento de uma representatividade numérica que leve à generalização dos resultados. Para essa autora, *“uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.”* (p.102).

Nesse contexto, a escolha dos sujeitos deste estudo foi realizada de forma intencional, restringindo-se aos profissionais da saúde que prestam, direta e continuamente, o atendimento ao usuário. Assim, foram contemplados trabalhadores de diferentes categorias,

pois a integralidade da atenção tem necessariamente um caráter interdisciplinar. Foram eleitos como sujeitos da pesquisa os profissionais das seguintes categorias da saúde: assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos. Para participarem da pesquisa, definimos como critério de inclusão dos sujeitos, os trabalhadores que possuíam mais de 01 (um) ano e 06 (seis) meses de trabalho na instituição, tanto os efetivados por concursos públicos quanto os contratados administrativamente. Essa delimitação de tempo contribuiu de forma significativa com o estudo, pois possibilitou uma apreensão do domínio e da dinâmica de trabalho no hospital pelos sujeitos entrevistados.

Após a definição do grupo de pesquisa, solicitamos uma reunião, com data e horários agendados, onde se deu a apresentação do projeto de pesquisa e do termo de autorização (APÊNDICE A) ao Diretor Geral do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII. Posteriormente, foi autorizada a sua realização e, também, o acesso ao banco de dados do Departamento de Pessoal da referida instituição, para prosseguirmos a seleção dos sujeitos da pesquisa. O projeto de pesquisa também foi encaminhado à Coordenadora Geral do Serviço de Enfermagem e aprovado.

De posse da planilha de recursos humanos da instituição cedida pelo Departamento de Pessoal, foram confeccionadas dez listagens diferentes, cada uma referente a uma categoria profissional, contemplando o critério de inclusão já descrito. Por conseguinte, foram escolhidos aleatoriamente pelo menos dois representantes de cada profissão para darmos prosseguimento à coleta de dados por meio de entrevistas. Este estudo obedeceu ao critério de saturação de dados. Dessa forma, constituíram-se como sujeitos da pesquisa quinze trabalhadores de diferentes categorias profissionais da saúde. Ressaltamos que apesar de serem convidados, nenhum cirurgião dentista aceitou participar deste estudo, sob a alegação de tempo escasso para contribuir com o mesmo, talvez explicado pelo número bastante

reduzido de profissionais desta categoria na instituição frente à alta demanda de atendimentos, além de alguns cirurgiões dentistas realizarem tais atendimentos somente no Hospital Maria Amélia Lins (HMAL), o qual realiza os serviços eletivos de cirurgia buco-maxilo-facial do HPSJXXIII. Nota-se também que as entrevistas foram realizadas durante o período de coleta de dados que compreendeu de agosto a novembro do ano de 2006, portanto, todos os sujeitos da pesquisa vivenciaram a revitalização do hospital desde o seu início, que data a partir de outubro do ano de 2005. Segue o Quadro 1 com a respectivas informações: ordem das entrevistas realizadas, função no trabalho, idade, sexo, vínculo empregatício e tempo de serviço na instituição, unidade e turno de trabalho.

Entrevistas (ordem)	Função	Idade (anos)	Sexo	Vínculo	Tempo de serviço	Unidade	Turno
01	Auxiliar de enfermagem	49	Feminino	Efetivo	12 anos	Emergência	Noturno
02	Enfermeiro	44	Feminino	Efetivo	18 anos	Emergência	Noturno
03	Psicólogo	48	Feminino	Contrato	11 anos	Internação	Diurno
04	Assistente Social	39	Feminino	Contrato	11 anos	Emergência	Diurno
05	Técnico de enfermagem	32	Masculino	Contrato	08 anos	Emergência	Diurno
06	Psicólogo	46	Feminino	Efetivo	07 anos	Emergência	Diurno
07	Enfermeiro	48	Feminino	Efetivo	21 anos	Internação	Diurno
08	Médico (Clínica Médica)	53	Feminino	Efetivo	20 anos	Emergência	Plantão
09	Auxiliar de enfermagem	38	Feminino	Contrato	08 anos	Internação	Diurno
10	Fisioterapeuta	35	Feminino	Contrato	10 anos	Internação	Diurno
11	Assistente Social	43	Feminino	Efetivo	21 anos	Emergência	Diurno
12	Fisioterapeuta	32	Feminino	Contrato	05 anos	Internação	Diurno
13	Médico (Cirurgião Geral)	49	Feminino	Efetivo	26 anos	Emergência	Plantão
14	Nutricionista	31	Feminino	Efetivo	01 ano e 07 meses	Internação	Diurno
15	Fonoaudiólogo	28	Feminino	Contrato	02 anos e 10 meses	Internação	Diurno

Quadro 1: Sujeitos da pesquisa

Fonte: Dados do estudo

A abordagem dos sujeitos da pesquisa foi realizada, inicialmente, por meio de um convite de participação nominal (APÊNDICE B) anexado nos cartões de ponto. Caso não houvesse resposta, o próximo contato se daria por via telefone ou pessoalmente no local de

trabalho. Dessa maneira, foram realizados contatos individuais com os mesmos, e agendadas as datas e os horários de encontros, de acordo com a disponibilidade dos informantes, para proceder à coleta de dados.

Antes de iniciarmos as entrevistas, os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo, atendendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os sujeitos que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, durante o horário de trabalho dos profissionais, em um local previamente definido pelo pesquisador, buscando garantir um ambiente neutro, agradável e que assegurasse a privacidade e o anonimato do informante. Nesse contexto, as entrevistas foram identificadas pelas letras iniciais de cada categoria profissional e por um numeral cardinal (1 ou 2), que se refere ao número de representantes de cada profissão, seguidos por um hífen e, por último, de outro número cardinal que diz respeito à seqüência das entrevistas (1 a 15): Assistentes Sociais (AS1-4 e AS2-11), Enfermeiros (E1-2 e E2-7), Auxiliares de Enfermagem (AE1-1 e AE2-9); Técnico de Enfermagem (TE1-5), Fisioterapeutas (FI1-10 e FI2-12), Fonoaudiólogo (FO1-15), Médicos (M1-8 e M2-13), Nutricionista (N1-14) e Psicólogos (P1-3 e P2-6).

2.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para realizar o trabalho de campo, o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado previamente pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG (ANEXO A), Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - COEP/UFMG

(ANEXO B) e, por último, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - CEP/FHEMIG (ANEXO C) junto ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII (NEP/HPSJXXIII).

Tendo em vista que o tipo de pesquisa qualitativa aqui abordada é o estudo de caso fundamentado pela sociologia compreensiva, utilizamos a entrevista com um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE D), como instrumento para coleta de dados primários, para apreendermos as concepções dos profissionais da saúde sobre a integralidade da atenção em um hospital de pronto-socorro. Conforme Minayo (2004), essa técnica permite combinar perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado discorre sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Logo, a entrevista constitui um *lócus* de interação entre pesquisador/pesquisado, uma relação intersubjetiva, considerada um *“instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais.”* (p.109). Logo, as entrevistas foram realizadas de forma individual visando apreender o dado social em densidade.

Corroborando, Triviños (1987, p.146) ressalta que a entrevista semi-estruturada *“ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.”* De acordo com esse autor, ela privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos informantes, o que permite a participação dos mesmos na elaboração do conteúdo da pesquisa por meio de suas experiências e o seguir de forma espontânea de uma linha de pensamento dentro do foco colocado pelo investigador. Assinala ainda que *“favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores.”* (TRIVIÑOS, 1987, p.153).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas individualmente e gravadas na íntegra em um gravador digital de voz, o que permitiu contar com todo o material fornecido pelo informante, captando a percepção imediata do vivido (MINAYO, 2004). Logo após as mesmas, foram realizadas anotações salientando os aspectos importantes, além de possibilitar captar a comunicação não-verbal dos sujeitos da pesquisa acerca do objeto em estudo, entendendo que é uma estratégia apropriada e pertinente para a coleta de dados primários. Dentro desse mesmo enfoque, Lüdke e André (1986, p.36) salientam que

o entrevistador precisa estar atento não apenas e não rigidamente, sobretudo ao roteiro preestabelecido e às respostas verbais que vai obtendo ao longo da interação. Há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não-verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito.

Além disso, fizemos um levantamento de documentação, como fonte de informação sobre o comportamento humano, que constituíram os dados secundários, tais como: leis, normas e manuais do Ministério da Saúde, jornal e regimentos do hospital e FHEMIG. De acordo com Lüdke e André (1986, p.39), “*os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador.*”

Em face do exposto, os dados foram coletados no período de agosto a novembro do ano de 2006, por meio da documentação, entrevistas semi-estruturadas realizadas com os sujeitos da pesquisa e observação direta do cotidiano de trabalho do hospital de pronto-socorro em estudo. Esta última foi realizada em caráter “informal” conforme a perspectiva de Yin (2005, p.120), que a designa como observações desempenhadas ao longo da visita de campo e que incluem ocasiões durante as quais estão sendo coletadas outras evidências, como aquelas provenientes da entrevista. Em seguida, realizamos a triangulação dos dados que consiste na combinação e cruzamento das informações advindas de múltiplas fontes de

evidência, com o objetivo de abranger a máxima amplitude na compreensão do objeto em estudo, uma eficiente prova de validação. (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2004).

2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados neste estudo foram tratados e analisados pelo método de Análise de Conteúdo. Segundo Minayo (2004), a fim de atingir uma interpretação mais profunda do fenômeno, a abordagem qualitativa dentro desse método tenta ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem. Neste sentido, a análise de conteúdo busca relacionar as “*estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.*” (MINAYO, 2004, p.203). Bardin (1979, p.42) complementa a discussão ao designar sob o termo de análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Entre as técnicas de análise de conteúdo, elegemos como escolha a Análise Temática para ser trabalhada neste estudo. De acordo com Bardin (1979, p.105), “*o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.*” O tema, dessa forma, é “*utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.*” (p.106).

De acordo com essa visão, a análise temática consiste em determinar os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação de acordo com a “presença” ou “frequência” que aparecem de forma que sejam significativas para o objeto analítico que se tem em mira

(BARDIN, 1979; MINAYO, 2004). Assim, na perspectiva desta última autora, iniciamos a etapa da *pré-análise*, com a ordenação dos dados após a transcrição na íntegra das entrevistas. Foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do material e das anotações coletadas, na busca de apreensão do seu conteúdo. Prosseguimos a organização do material e documentos (constitui o *corpus*), conforme a validade quanto à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para determinar as unidades de registro e de contexto, os recortes e a forma de categorização.

A segunda etapa *exploração do material*, também chamada *descrição analítica* por Triviños (1987), consiste em procedimentos como a codificação (transformação dos dados brutos), a classificação e a categorização. Para tanto, recortamos o texto em unidades de registro e, posteriormente, procedemos à classificação dos dados e à agregação dos mesmos (MINAYO, 2004). Emergiram, desse processo, os temas mais relevantes que permitiram estabelecer as categorias empíricas descritas a seguir:

1. Integralidade: uma construção cotidiana:
 - 1.1. Noções de integralidade;
 - 1.2. O cuidado integral;
 - 1.3. A humanização da assistência;
 - 1.4. O vínculo: uma questão que transcende os ‘muros’ da instituição.
2. O profissional da saúde diante do sofrimento do usuário.
3. Intersetorialidade: para se repensar a rede de cuidados:
 - 3.1. A intersetorialidade no hospital: espaço permeado por rivalidades;
 - 3.2. A intersetorialidade no sistema de saúde.
4. O trabalho de equipe em saúde.

A próxima e última etapa, *tratamento dos resultados obtidos e interpretação referencial* diz respeito ao estabelecimento de relações pela reflexão ou intuição, com embasamento nos materiais empíricos (TRIVIÑOS, 1987). Este autor afirma que o pesquisador não pode se ater exclusivamente ao “*conteúdo manifesto*” dos documentos. Ele deve “*aprofundar sua análise tratando de desvendar o conteúdo latente que eles possuem.*” (p.162). Este último passo trata, portanto, da análise final por meio de inferências e interpretação dos dados com base na reflexão das informações encontradas, dos achados na literatura, da visão de mundo dos sujeitos da pesquisa e da experiência dos pesquisadores, o que direciona para a compreensão das concepções de integralidade da atenção dos profissionais de saúde de um hospital de pronto-socorro.

3. COMPREENSÃO DOS DADOS

A compreensão envolve a generosidade de espírito, a proximidade, a “correspondência”. É justamente porque, de certo modo, “somos parte disso” que podemos apreender, ou pressentir, as sutilezas, os matizes, as descontinuidades de tal ou qual situação social. (MAFFESOLI, 1988, p.43)

3.1. INTEGRALIDADE: UMA CONSTRUÇÃO COTIDIANA

Neste estudo, procuramos compreender a integralidade por meio da pluralidade de visões e experiências dos profissionais de saúde. Diante dos discursos, observamos que é no plano das práticas cotidianas que se dá a construção da integralidade, mesmo que esta palavra possa soar com estranheza para alguns profissionais aqui entrevistados. Acrescemos a isto as várias interpretações do que seja integralidade, o que permite incorporá-la no cotidiano por meio de concepções superficiais ou, até mesmo, sem antes refletir sobre ela.

Dessa maneira, percebemos a existência de um terreno fértil para discutir os vários sentidos da integralidade nos espaços de saúde, pois a mesma encontra-se em fase de construção. Essa aproximação desnuda e, não menos bela, pode ser explicada pelo fato de a integralidade se remeter a priori ao cuidado, que constitui seu fio condutor.

O cuidado apreendido como raiz primeira do ser humano reporta-se ao “*modo-de-ser*” essencial (BOFF, 2004a), como algo que lhe é intrínseco. Nesta perspectiva, esse autor salienta que “*o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado.*” (p.35). Este ‘ser’, no entanto, é dotado de racionalidade e emoção, portanto perfaz um ‘ser’ que interage com o outro fundado em direitos e deveres (ator social), que possui desejos e necessidades físicas e psíquicas (‘ser’ faltoso), que é capaz de modificar o meio externo a seu benefício e contento por meio de conhecimentos adquiridos que geram

intervenções. Dessa forma, faz-se necessário aprofundar este conhecimento e compreender outras percepções de integralidade a partir dos olhares dos sujeitos da pesquisa.

3.1.1. Noções de integralidade

O que é integralidade? Ao reportamos tal pergunta aos sujeitos da pesquisa, percebemos certa preocupação em traçar uma definição desta palavra, em detrimento do seu entendimento e aplicação no contexto de trabalho em que está inserido, apesar de os discursos apontarem para uma prática assistencial permeada pela integralidade. Observamos, contudo, em sua maioria, que essa preocupação é acompanhada de dúvidas, muitas vezes demonstradas pelas constantes interrogações, pela prolixidade sem um fechamento do discurso, pelos momentos de silêncio ou de desconforto, como a apreensão de responder corretamente ou sentir-se encabulado, o que demonstra uma ausência de reflexão prévia acerca do significado do termo integralidade:

Seria é... [silêncio] Um empenho, seria isso? Um conjunto total, um bom empenho? Seria isso? [silêncio] Da equipe? Um conjunto, um conjunto de bom atendi... [silêncio] É, vamos dizer, da boa recepção desde que chega ao fazer a ficha, ao paciente para ser conduzido aonde que ele tem que ir para o seu atendimento até a sua alta. Aliás, todo o período da sua internação ao hospital, da sua permanência até a sua alta. Seria isso? (AE1-1)

[risos] Hum... [silêncio] Corta aí que eu tô pensando. [risos] Hum... [silêncio] Integralidade... [silêncio] Sinceramente... [silêncio] Acho que é trabalhar num conjunto, seria isso? (AS1-4)

Integralidade? [risos] Eu não sei te falar o quê que é. Eu sei que integralidade deve ser, não sei se é, o atendimento no ser como um todo, e aquele que precisa mais receba mais, e aquele que precise menos receba menos. É isso? (E2-7)

Eu acho que integralidade deve ser, eu não sei se vou responder certo. Deve ser assim: os profissionais atuando todos, assim como te falei num objetivo único; o paciente tendo direito de ter um atendimento... (AS2-11)

A explicação para esse fato talvez resida na polissemia da palavra integralidade, pois é constituída por um conjunto de valores que permeia as práticas de saúde e, por isso, deve ser trabalhada em várias dimensões (MATTOS, 2001). Para tanto, o indivíduo prefere viver a flexibilidade da noção ante a rigidez do conceito, como ressalta Maffesoli (1988). Segundo esse autor, o conceito “*unifica, simplifica, reduz – mas a vida eclode, rebentando todas as coleiras que lhe tentam (im)pôr.*” (p.71). Por conseguinte, a noção permite que os pedaços, os quais guardam certa autonomia, possam ficar juntos, unidos. Neste contexto, percebe-se que no espaço hospitalar a integralidade é, na maioria das vezes, compreendida como uma abordagem holística, portanto assume um significado de integral - os profissionais de saúde atuam em um objetivo único que é o de atender o ser humano como um todo.

Esse discurso está em conformidade com o disposto no Artigo 198 do texto constitucional, o qual não faz referência à palavra integralidade, mas trata de um “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*” (BRASIL, 2006, p.142). Dessa maneira, observamos nos relatos dos sujeitos da pesquisa que o termo integralidade tem sido empregado nas práticas cotidianas hospitalares como um atendimento integral. Conforme Mattos (2001, p.39), “*tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.*”

(...) integralidade pra mim é o paciente ser atendido como um todo. (...) eu acho que integralidade é isso, é dar uma assistência literalmente integral, o quê que o paciente tá necessitando. (F11-10)

Eu acho que é integral, olhar o doente como um todo. (M1-8)

Pra mim, é integral mesmo. De total, de completo, de todo. É uma relação de todo. Não é de você juntar várias partes e essas várias partes vai dar um todo não. Não tem jeito de você separar. O todo é todo e é indivisível. Isso pra mim seria integralidade. (E1-2)

(...) a palavra tá falando de uma coisa integral, tem que abranger um todo. (AS2-11)

Integralidade é ver o ser como íntegro, inteiro, no meu entender. Então aquele paciente eu vou ver ele num todo. (...) tem que ver a pessoa como um ser inteiro, integral, não só... Tudo: espiritualmente, emocionalmente, fisicamente... (E2-7)

Eu acho que integralidade é assistir um paciente como um todo. Não olhar só a patologia do paciente, mas, as condições socioeconômicas dele, a família, as condições que ele vive... O que mais? (N1-14)

A palavra integral é referida como algo completo, inteiro, um todo indivisível. O significado, porém, do termo integralidade transcende essa denominação, pois depende de esforços que se direcionam para alcançá-la em sua forma mais ampliada possível, em detrimento de construções que vão de encontro ao finito. Esta incompletude se resulta de uma série de ações que vão de encontro à polissemia e à vivência da pluralidade dentro de um todo inacabado, que se dá nas práticas do cotidiano, seja no micro ou macroespaços, e que se complementam formando uma trama.

Em face do exposto, pode parecer, a princípio, que a integralidade está no plano da utopia, como um projeto irrealizável. Os discursos dos sujeitos da pesquisa denotam, entretanto, justamente o contrário, que a integralidade é construída de maneira infundável nas práticas do cotidiano e determina um atendimento de qualidade que supre as mais variadas necessidades do usuário em todo o período de sua internação na instituição, desde a sua entrada, permanência, até a sua alta hospitalar. Isso vai de encontro com o preconizado por Mattos (2001, p.41), que designa a integralidade como uma “*bandeira de luta*”, parte de uma “*imagem objetivo*”, pois ela configura um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, em busca de uma sociedade mais justa e solidária. Diante disto, os discursos revelam que a integralidade é sustentada nas práticas do cotidiano em saúde, mesmo que inconscientemente, pois ela trata, antes de tudo, de uma relação entre sujeitos, os quais possuem necessidades diversificadas, pois, cada indivíduo é um ser único, logo, portador de necessidades próprias, conforme observamos nestes fragmentos:

Integralidade é usar todas as assistências que o hospital tem como forma única de atender. Prestar o máximo de assistência àquele paciente que veio nos procurar, que veio encaminhado pra cá muitas das vezes. (TE1-5)

Integralidade de uma forma geral assim, eu acho que seria suprir todas as necessidades, no caso, do paciente. Seria suprir todas as necessidades daquele paciente em termos de profissionais atendendo aquele paciente. (FI2-12)

(...) é todos os profissionais que ele tem necessidade de tá olhando ali naquela hora, no momento que ele tá passando por alguma coisa. (FI1-10)

Eu acho que integralidade é prestação do serviço em todas as áreas de conhecimento da saúde, e que depende o usuário. Então integralidade é prestar o atendimento pro usuário nas diversas áreas. (FO1-15)

Eu acho que é se ter uma relação com um todo na minha visão. Cada um vivenciando a parte, vamos falar assim, o seu potencial, os seus conhecimentos, mas isso tem um relação de integralidade, de união, de um todo, formando um corpo por inteiro. (P1-3)

Nesse âmbito, a integralidade hospitalar é vista como uma prestação de serviço desenvolvida pelos diversos atores da saúde e de que depende o usuário. Nesse tipo de atendimento, cada um vivencia a parte, o seu potencial, o seu conhecimento, que, somado aos dos outros atores ali envolvidos, almeja uma integralidade em sua forma mais ampliada. Dessa maneira, há de se respeitar a subjetividade de cada profissional neste atendimento, inclusive, a do próprio usuário, na busca de formatar um todo. Os discursos apontam, portanto, para a interdisciplinaridade ao revelarem inicialmente uma idéia de conjunto, em consonância com Alves, Ramos e Penna (2005), em que cada um assume um papel em relação à função desempenhada pelo outro visando a um objetivo comum:

(...) os profissionais de saúde trabalhando o tempo todo direcionado pra um todo. Todo mundo com o mesmo objetivo e ir buscando a integração com o paciente, que esteja do lado do paciente. Todo mundo com o objetivo o de melhor pra cada um, pra aquele paciente numa discussão integral, e vivendo a subjetividade do outro num todo. (P1-3)

Eu acho que integralidade deve ser assim, os profissionais atuando todos num objetivo único. O paciente tendo direito de ter um atendimento da equipe toda. (AS2-11)

(...) a integralidade seria uma equipe bem, bem o quê, bem coesa ali lidando com aquele paciente, uma equipe que tivesse por dentro do caso dele, uma equipe multiprofissional suprimindo todas as necessidades daquele usuário. Integralidade tanto de equipe, de profissional, quanto das necessidades daquele paciente que tá precisando ali naquele momento. (FI2-12)

Dessa maneira, a integridade do indivíduo que presta o atendimento ao usuário, é levantada como um dos primeiros passos para alcançar a integralidade e trabalhar em equipe. Nesse contexto íntegro, pode ser entendido como um valor de justiça; ser justo com os demais atores envolvidos nesse atendimento e consigo mesmo, ao reconhecer e saber lidar com os seus próprios limites. Nos discursos é possível notar um apelo ao auto-conhecimento em relação ao domínio do próprio trabalho, o que perpassa, também, pela aceitação do trabalho realizado pelo próximo. Por meio deste juízo de valor, o profissional se insere no contexto de equipe ao estabelecer um diálogo com o outro, ao lidar e apreender as suas competências e limites. É o que podemos notar nestes relatos:

Primeira coisa é você ser íntegro. A primeira coisa é partir de você mesmo. Se você não for íntegro, você não consegue sair pra fora, que é trabalhar em equipe. E hoje, a gente tem que tá trabalhando em equipe. (...) Mas tá a partir de você mesmo. Se você não sair de você, você não pode conseguir essa integralidade, não pode tá saindo em equipe. (AS1-4)

Integralidade é essa questão de você discutir um caso com todo mundo. (...) E acho que a integralidade seria até isso, que é reconhecer até onde que pode e até onde você não pode ir. (...) no Poli é um lugar onde que eu acho que dificilmente um psicólogo pode atender um paciente na emergência clínica. Então é ele sair de lá que eu vou ter como atender. E integralidade pra mim é até isso também, você reconhecer o seu limite pra você até pode circular melhor dentro disso aí. (P2-6)

Observamos que no âmbito da aceitação do outro e reconhecimento de seus próprios limites, os discursos revelam que a integralidade é vivida no cotidiano como algo sem fronteiras. Além de representar um conjunto de serviços que permeia a saúde, ela diz respeito ao direito, ao acesso, sem barreiras, a todo serviço disponível no hospital, tão imprescindível para a manutenção da vida. Para tanto, a integralidade não deve ser vista de forma isolada, formando um uno. Em seu cerne se fazem presentes a universalidade e a equidade, portanto complementares e dependentes, constituindo, de acordo com Cecílio (2001, p.113), um *“conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo”*, em que *“a cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças sociais resultantes da nossa estrutura social estão*

implícitas no tríplice conceito-signo.” Os sujeitos da pesquisa acrescentam que a integralidade é, também, um serviço de livre acesso e que está ao alcance de todo e qualquer cidadão, além de assegurar ações em todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras.

É quando o usuário tem direito a todo serviço do hospital sem barreira. Ele não tem barreira, não tem distinção de cor. Não importa se ele é rico, se ele é pobre, ele tem direito. Ele tem que preservar aquela integralidade dele. Eu acho que ele tem direito de saber tudo que tá acontecendo com ele. (AE2-9)

Aquele paciente que precisa de mais ele tem que ter mais, e aquele que precisa de menos ele tem que ter menos. Mas ele tem que ser atendido como um ser completo e tem que ser atendido às suas necessidades todas. (E2-7)

Reconhecemos, no entanto, que a integralidade nem sempre se dá como o esperado. Tal serviço depende de vários fatores para que ocorra como o previsto no texto constitucional. Assim, a integralidade, no sentido mais amplo da palavra, deveria ser vista como uma orquestra sinfônica, em que os musicistas têm a responsabilidade de tocar diferentes instrumentos, com as suas respectivas notas, compondo uma música em harmonia, sem ruídos inesperados, pois as notas se complementam e formam um todo, a música.

A integralidade, além de dizer respeito aos atores de saúde, também é referida como a disponibilidade de instrumentos de trabalho a fim de realizá-lo com qualidade. A falta dessa condição básica seria uma das dificuldades levantadas a priori para concretizar um atendimento integral ao usuário; portanto, como tocar um violino, parte essencial de uma orquestra, sem o seu arco? A partir dessa percepção, verificamos que a integralidade no cotidiano hospitalar é vulnerável, principalmente nos espaços públicos, pois a falta de material é corriqueira neste serviço. A sua garantia depende de esforços que partem dos próprios profissionais de saúde, bem como da administração e da ‘boa vontade’ dos atores da arena política. O depoimento de um dos trabalhadores confirma nosso ponto de vista:

É lógico que isso nem sempre acontece da maneira mais maravilhosa, que a gente sabe que não é assim. Às vezes precisa de alguma coisa e não tem naquela hora, até materialmente falando. (...) Nessa parte eu acho de tá trabalhando porque eu falo: como que o atendimento pode ser integral se você não tem um básico, uma sonda básica, que é a número doze e que tá faltando em tudo qualquer canto aqui? (...) Aí eu cheguei pedindo hoje na farmácia e falei: “Olha, o paciente tá morrendo porque não tem a sonda.” “Que isso! Dá pra você matar por causa de uma sonda?” Aí eu virei e falei assim: “Mas dá! Você não acredita, mas por que ele precisa de sonda? É pra ele manter vivo também.” (...) Então assim, nessa parte é lógico que não é sempre tudo aquilo que você tem no momento, mas integralidade assim pra mim é ver o paciente como um todo. Isso quer dizer material também, porque tem que tá funcionando e isso pode ser assim, é uma coisa muito ilusória, de que isso só tem em hospital particular, mas eu acho que existem coisas básicas que não deveriam faltar. Então pra mim é isso, a parte profissional e material. (FI1-10)

Diante do exposto, podemos dizer que a integralidade hospitalar é uma prestação de serviço do cuidado integral realizada pela equipe multiprofissional em todas as áreas de conhecimento da saúde, com a finalidade de suprir, sem barreiras, as mais variadas necessidades do usuário. Dessa forma, faz-se necessário esmiuçarmos os bastidores de como a integralidade se dá nas práticas do cotidiano em relação ao cuidado integral, sob a ótica dos sujeitos da pesquisa.

3.1.2. O cuidado integral

Os discursos revelam que o cuidado integral pode ser entendido como uma interação que envolve os usuários, os profissionais e as instituições; perpassa, inclusive, pelo fruir da cidadania, porque todos os indivíduos inseridos neste contexto gozam dos seus direitos civis e políticos do Estado. Pinheiro e Guizardi (2004) afirmam que a noção de cuidado não é apreendida como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado. As autoras ressaltam que ele é vivido como uma ação integral, em que os significados e sentidos se voltam “*para a compreensão de saúde como o direito de ser.*” (p.21). Essa ação integral na urgência/emergência inicia-se, portanto, no momento em que o usuário procura o referido serviço na busca de resoluções das suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, o cuidado ao usuário deve estar permeado pela equidade e universalidade.

Condição que é confirmada nos depoimentos:

(...) a gente mexe com todos os tipos de pacientes em vários é... Segmentos assim... Da sociedade? Não, de classes sociais. A gente mexe desde um andarilho até um mais ou menos esclarecido, ou um mais esclarecido que saiba dos seus direitos. (AE2-9)

(...) quando chega aqui, a gente não sabe quem que é o assaltante e quem que é a vítima. E mesmo que não saiba, a gente tem que atender da mesma forma. (TE1-5)

Tais princípios, porém, nem sempre verificados no atendimento ao usuário que procura o serviço. O entrevistado afirma que, quando um indivíduo se dirige ou é levado ao pronto-socorro, seja a pé, de ônibus ou por outro meio de transporte particular, ele irá encontrar resistência quanto ao seu atendimento, já que, nesse caso, a pessoa passa por uma triagem realizada na portaria: “(...) *é atendido na portaria, é feito algumas perguntas para a gente classificar a urgência e emergência do atendimento*” (TE1-5). O mesmo sujeito da pesquisa relata que se não for um caso de urgência/emergência, “*ele é orientado a procurar serviços hospitalares de médio porte, que é as UPA’s.*” Em contrapartida, ele salienta que: “*caso seja uma urgência/emergência, ele entra e se dá o direcionamento aos ambulatórios.*” Percebemos que a avaliação é realizada em dados orais fornecidos pelos pacientes e/ou sinais visuais que ele lê em seu corpo e comportamento, assim como também constatado por Jacquemot (2005). É curioso observar, no entanto, que os clientes que chegam por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelas ambulâncias de outras instituições, pelas viaturas de bombeiros ou de policiais, têm garantida a sua entrada no hospital de pronto-socorro, pois, conforme Jacquemot (2005, p.49), “*já passaram por várias avaliações de seu estado de saúde*”, mesmo que alguns casos não se encaixem no perfil de atendimento da instituição.

O cuidado em uma unidade de pronto-socorro também é marcado por um conjunto de práticas imediatas a fim de dar resolubilidade às necessidades que o usuário traz consigo.

Dessa forma, há um processo de ansiedade considerado ‘normal’ que envolve os cuidados prestados, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, já que este espaço é permeado pelo inesperado, onde se devem tomar ações rápidas para amenizar ou sanar conseqüências futuras indesejáveis. De um lado está o profissional que procura aplicar o seu saber com o uso prudente de técnicas assistenciais e, do outro, está o usuário ávido pela resolução de suas necessidades de saúde em busca de conforto. É o que nos mostram os entrevistados:

(...) você percebe um grau alto de ansiedade. (...) Então tem um processo de ansiedade que é normal de tá no Pronto-Socorro. É focal tá. (...) Afinal de contas, eu preciso saber o que tá acontecendo com aquela pessoa ali, mas que risco tem em termos de suicídio, que risco que se tem, pra onde encaminhar e diversos serviços fora. (...) Cê tá mexendo com uma pessoa que você não sabe a estrutura dela. O contato é rápido. (...) Então, tem outros fatores que faz com que você seja muito mais cauteloso. É um acolhimento na verdade aqui na emergência. Um acolhimento, um encaminhamento, nesse momento que a pessoa vive. (...) Então eu tô sempre atualizando: que tipo de estrutura que eu dou? De repente eu desencadeio uma coisa que essa pessoa vai ficar três vezes mais ansiosa. Então eu tenho que saber muito mais escutar, raciocinar e devolver, mas bem focal. (P2-6)

(...) o atendimento do profissional enfermeiro ele é muito em cima da própria característica também de urgência/emergência. É aquilo que se torna mais urgente, mais emergente, é que você atende. (...) É muito complicado pelo seguinte: a demanda é muito grande. É uma demanda enorme. O número de profissionais é muito pequeno. Então, você atende muito mais pontual do que, realmente, um atendimento no geral. (E1-2)

O cuidado ao usuário é, então, visto como focal, pois há uma preocupação com a queixa imediata. Talvez uma das explicações seja o número reduzido de funcionários na instituição em relação à alta demanda de usuários, que é uma característica do serviço de urgência/emergência apontada nos discursos e também partilhada por Jacquemot (2005) ao estudar as perspectivas de profissionais e usuários em relação às urgências e emergências de saúde. Em vista disso, o contato é rápido, o que dificulta o conhecimento da estrutura do indivíduo. Isto implica em um cuidado ‘cauteloso’ dispensado por parte dos profissionais, porque os mesmos podem desencadear emoções e sentimentos que alterem ou agravem o quadro de saúde do usuário. Em contrapartida, cuidado ‘cauteloso’ pode remeter à idéia de assumir uma postura ‘fria’, pelo não envolvimento em demasiado dos atores de saúde com o

usuário a fim de não mostrar as suas fraquezas, mantendo certo distanciamento neste encontro, o que ocasiona a negação das subjetividades. Verificamos, então, que, em ambos os sentidos, a escuta ‘atenta’ é realizada sobre a queixa imediata sem aprofundamentos. Ela é focal, portanto, resolutiva na concepção dos profissionais. Dessa forma, o atendimento é considerado um acolhimento, no sentido estrito da palavra, que é o da recepção, admitir o usuário. Estes relatos exemplificam a questão:

(...) sempre a gente procura ouvir bem o paciente. Um paciente que tem carência. Muitas vezes ele vem aqui preocupado e só de conversar e esclarecer ele já apreende com calma. (M1-8)

(...) o paciente chega com trauma, perde uma pessoa conhecida; a gente tenta conversar, amenizar um pouco mais a cabeça dele pra ele ficar mais tranqüilo. (TE1-5)

Observamos que no atendimento ao usuário, o ator de saúde pode assumir uma postura apática no sentido de não se perceber nesse encontro. Não há um ‘sentimento de pertença’ como indivíduo confidente; pelo contrário, neste momento ele é um sujeito destituído de emoções que tem por ação utilizar os seus conhecimentos estruturados para dar resolubilidade ao sofrimento alheio. Ele também é objetado, já que ‘pertencer a’ ou ‘envolver-se com’ lhe é externo na execução do seu trabalho. Campos, Gastão (1994, p.42) amplia tal assertiva ao ressaltar que nos serviços públicos há ainda *“uma nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho.”*

Por meio dessa vivência hospitalar, percebemos que há certo ‘controle’, por vezes demasiado, acerca do atendimento realizado em uma unidade de urgência/emergência. Esse ‘controle’, que está baseado em condutas e protocolos de assistência previamente estabelecidos, pode ser visto como um antolho, na medida em que restringe a visão ao particularizar demais o conhecimento, o que faz com que as outras necessidades do usuário possam passar despercebidas. Por outro lado, o uso de protocolos é necessário para

sistematizar a assistência. Diante dessa dicotomia, é essencial refletir as palavras de Maturana (2002, p.55) ao atestar que

“cremos que o conhecimento permite o controle. Mas isto, de fato, não ocorre: o conhecimento não leva ao controle. Se o conhecimento leva a alguma parte, é ao entendimento, à compreensão, e isto leva a uma ação harmônica e ajustada com os outros e o meio.”

Em face do exposto, o discurso revela um dado preocupante de que, após um tempo de exercício da profissão na instituição, as práticas assistenciais tendem a tornarem-se corriqueiras e mecânicas. Quando o trabalho se dá dessa forma, há um risco de o profissional se deter somente à queixa principal do usuário. As demais, julgadas erroneamente menos importantes, ou acabam no esquecimento, ou nem são conhecidas. Apesar disso, alguns casos que envolvem não só o físico, mas também uma agressão moral, sempre continuam a chamar mais atenção que os outros. Essas ocorrências são consideradas as mais ‘chocantes’ pelo entrevistado, talvez pelo fato de as mesmas atentarem contra ao pudor e a dignidade do ser humano, além de todo o sofrimento por elas desencadeado ser reconhecido e compactuado pelo próximo. Vêm, a propósito, as palavras de um dos informantes:

Eu acostumei com o trabalho do João XXIII. Então, pra alguma coisa me chamar a atenção hoje em dia, tem que ser uma coisa muito chocante. (...) Eu acho que alguns casos mesmo, alguns casos mais pesados aqui no hospital e tal, de abuso, de espancamento, chamam mais atenção que os outros casos. (FO1-15)

Contraopondo a idéia de que o trabalho tende a tornar-se rotineiro e mecânico com o passar do tempo, para outro sujeito da pesquisa, o que chama mais a atenção é que o *“cotidiano ele não é todo dia a mesmice. Cada dia é um dia diferente. Eu não gosto de seguir regras de forma assim: todos os dias você tem que fazer dessa e desta forma.”* (AS1-4). Isto, a princípio, pode remeter a uma transgressão do profissional quanto ao seguimento de normas e rotinas da instituição, além de um trabalho realizado individualizado, de forma solitária.

Demonstra, no entanto, também, que na urgência/emergência há uma diversidade de trabalho que permite um trânsito dos atores de saúde em diferentes áreas. Dessa forma, o cuidado integral se dá por meio de tarefas realizadas em várias frentes, com o objetivo de sanar as mais variadas necessidades dos usuários que procuram o serviço, das mínimas às máximas ações. Para tanto, são disponibilizado todos os serviços de acordo com a complexidade que o cuidado demanda, como apontam os discursos dos profissionais:

Aqui você tem essa diversidade. Eu posso trabalhar com várias coisas. (...) Você trabalha com a mulher, trabalha com o idoso, com a criança... É um campo rico. E você pode ver como você ajuda as pessoas em poucas coisas, nas mínimas coisas. (AS1-4)

(...) o atendimento do paciente é realmente colocado o que ele precisa. Por exemplo: um exame de tomografia, ela é feita. Até já foi levado paciente aqui pra ressonância quando é necessário (...). (FII-10)

Observamos que no atendimento ao usuário, realizado no hospital público de pronto-socorro em estudo, há um predomínio do modelo de assistência ‘biomédico’, também denominado ‘hospitalocêntrico’. Esse modelo, além de valorizar as especialidades, é dado de forma fragmentada pelos profissionais e está voltado para os sinais e sintomas que o indivíduo apresenta: *“O paciente que chega ele é dividido nas equipes, então assim, se ele vai pra neuro, se ele vai pra cirurgia... Aí esse trabalho é mais direcionado aquele profissional.”* (FII-10). O usuário é então, reduzido ao sistema biológico, a partes específicas do corpo, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001). Assim, é um modelo que não está centrado no usuário e, sim, na patologia apresentada, portanto, longe de ser integral, como podemos notar:

Ele é muito fragmentado. Você atende muito mais o caso clínico do que a pessoa, do que o usuário. Então você atende muito mais o corte, o traumatismo, o PAF, do que realmente o usuário, a pessoa. E até assim, o atendimento dele é muito determinado em cima disso, do quê que você está atingindo, qual a lesão que você está tratando, até pra definição da onde que ele vai, qual o caminho que ele vai fazer dentro da instituição, qual o caminho que ele vai seguir aqui dentro da instituição. Então, você não atende o indivíduo, você não se preocupa com a história clínica dele, isso não existe. Este processo não existe. Você preocupa com a

crise hipertensiva, com o AVC, com o traumatismo craniano... Você preocupa com a patologia que ele tá, que é muito característico do que se atende em urgência/emergência. (E1-2)

Observamos no discurso que o atendimento realizado na urgência/emergência prioriza a enfermidade, ao invés da saúde, a qual está inerente ao indivíduo que vivencia o cotidiano na sua plenitude com qualidade de vida, e não só a ausência da doença: *“Eu não vejo que a urgência/emergência trate a saúde. Ela trata doença. Ela trata o trauma, ela trata o agravo clínico, mas ela não trata a saúde.”* (E1-2). O usuário, dessa forma, perde a sua identidade, pois o atendimento está mais voltado para a patologia em si, do que para os anseios e as necessidades do usuário em sua forma ampliada: *“O usuário, perde primeiramente a identidade dele. Ele é um número. Ele não é um cidadão. Ele não é uma pessoa.”* (A1-4). Verificamos uma secundarização do ser indivíduo ante à sua queixa principal, pois ele passa a ser identificado pelo acometimento que possui, como se houvesse uma personalização da sua queixa. Além disso, é possível notar nesse enunciado que os atores de saúde, mesmo tendo consciência desse tipo de cuidado, continuam a oferecê-lo no cotidiano das práticas realizadas na instituição, há, portanto, uma convivência com tal situação.

Outra nuance do modelo de assistência ‘biomédico’ é a valorização do profissional médico em relação às outras categorias que atuam na instituição. O trabalho é, então, dado de forma fragmentada e individualizada em oposição à equipe, em que há ausência de discussões conjuntas, além de perpassar pela menor importância e desrespeito ao conhecimento e ao trabalho realizado pelos profissionais que compõem a equipe de saúde: *“... a gente segue mais baseado o atendimento à ordem médica tá.”* (TE1-5). Por conseguinte, fragmentam-se também as relações entre eles, conforme relato:

Eu acho que não tem essa interação ainda enfermagem-médico. Não tem essa questão. Eles ainda acham que são os donos. Não há respeito. Então, não existe a equipe, não existe. Ainda tem essa coisa muito individualizada. Cada um faz pra si, e Deus faz pra todos. (AE1-1)

Constatamos nos relatos, que o profissional médico é aquele que determina o curso do atendimento ao usuário dentro de uma unidade hospitalar. Nesse sentido, Foucault (2006a, p.109) salienta que *“a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.”* Ele passa a ser considerado como ‘soberano’ nas ações de saúde desenvolvidas nesse *lócus*. Não obstante, esse profissional ainda é visto como um detentor privilegiado do conhecimento em saúde. Assim, *“o poder médico encontra suas garantias e justificações nos privilégios do conhecimento.”* (FOUCAULT, 2006a, p122). Dessa maneira, ele exerce certo ‘domínio’, mesmo que oculto, sobre as demais profissões. Observemos estes depoimentos:

O médico, o plantonista ou, como se diz, dono do paciente, ele solicita quando precisa desse atendimento por outro profissional tá. (F11-10)

Então às vezes já entrego pra ela logo o pedido. Faz isso, faz aquilo, então ela já sabe imediatamente as coisas e resolve mais rápido, suficientemente. (M1-8)

Notamos também que, por trás de todo esse discurso de ‘soberania’ médica, existem profissionais de outras categorias que sustentam tal modelo como prática assistencial: *“Quando eu chego numa unidade, no ambulatório, vejo que tá muito cheio, normalmente eu espero os médicos fazerem a corrida de leito ou o que tá sendo feito ali pra depois eu atender.”* (P2-6). O ideal seria que tais ações fossem realizadas em conjunto na tentativa de propiciar um cuidado que aponte na direção da integralidade como, por exemplo, uma corrida de leito desempenhada pelos diversos atores que compõem uma equipe em saúde. Nesse aspecto, Mattos (2001, p.51) ressalta que *“a integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde.”* Observamos que o profissional deixa de

mostrar o ‘para que veio’, não compartilha os seus conhecimentos com os outros atores de saúde e se coloca em uma posição conivente e cômoda com a situação.

Por conseguinte, a fim de concretizar o seu exercício profissional, o entrevistado revela que procura alternativas de trabalho de forma individualizada, como a busca ativa: “*Na minha busca ativa que eu vejo ou um familiar, ou um paciente, que eu acho que demanda, tenho inteira liberdade pra eu abordar essa pessoa.*” (P2-6). Esse tipo de trabalho acarreta, mesmo que inconscientemente, uma afirmação do modelo biomédico hegemônico. O cuidado ao usuário passa a ser fragmentado, pois não há trocas conjuntas de saberes com os outros atores de saúde. Dessa maneira, o conhecimento do profissional médico se estabelece como um ‘porto seguro’ no atendimento às demandas do indivíduo, pois este ainda o vê como forma única e resolutiva de abolir o seu sofrimento por meio da medicalização, o que confirma um saber que predomina sobre os demais e que se esgota por si mesmo. Posto isso, os conhecimentos advindos das outras categorias profissionais, os quais deveriam ser somadores, passam a ser vistos apenas como auxiliar, e não como complementares. Diante dessa situação, o médico passa a deter a ‘impressão’ que é ele que comanda todo o ‘funcionalismo’ do hospital, já que, além de solicitar o atendimento dos demais profissionais, ele também determina o ‘trânsito’ dos usuários dentro da instituição: as internações, as altas hospitalares e os encaminhamentos. Vejamos este discurso:

(...) dentro da complexidade que é trabalhar num hospital feito esse que você é chamado, às vezes você tá fazendo alguma coisa e te chama duas, três pessoas te chama ao mesmo tempo, eu tento centrar a minha atenção naquele paciente que é o mais grave, que vai precisar mais de mim entendeu. Tento focar naquilo, mas sei que eu tenho que dar vazão a todo resto, que isso depende do funcionalismo do hospital como um todo, pra eu poder liberar aquele paciente que só arranhou, mas que vai dar lugar ao outro. Então, quer dizer, eu tenho que tá fazendo as duas coisas ao mesmo tempo. (M2-13)

Verificamos, então, a presença da cultura de que a responsabilidade de atendimento ao usuário é do médico, pois é ele que define as condutas a serem tomadas dentro da

instituição hospitalar. Não se podem achar culpados nessa argumentação, mas devemos observar que o ‘modelo biomédico’ está enraizado no cotidiano hospitalar e na sociedade, já que essa noção é histórica e culturalmente construída. Tal legado, porém, também apresenta deficiências, pois esse profissional além de preocupar-se com o usuário mais necessitado de cuidados, ele tem, ao mesmo tempo, que atender aos outros clientes que trazem consigo as suas queixas e carecem de resoluções. Como a demanda é grande e o número de profissionais é reduzido, o profissional, às vezes, se perde em meio a esses atendimentos e acaba por não dar a atenção devida que satisfaça aos usuários e a seus familiares. Os dizeres de um dos sujeitos da pesquisa ressaltam esse aspecto:

(...) a falta que o médico faz de chegar na cabeceira do paciente, se apresentar e dizer pra ele o que é que tá acontecendo. Nós passamos por essa dificuldade aqui. (...) “Mas o doutor não veio aqui nem me ver! Quê que tá acontecendo comigo?” Essa é a primeira dificuldade que eu acho, do médico se apresentar pro paciente, conversar com ele e, ter tempo, disponibilidade e carinho de conversar com os familiares. (...) Eu não sei se é pela demanda que é muito grande, eu acho que os médicos não têm esse carinho de chegar. Não é só um, dois não. Eu acho que vários não fazem isso, de conversar com o paciente. (...) dificuldades que tem tanto na emergência quanto nos andares. (AE2-9)

No que concerne a esse tipo de atendimento, os outros atores de saúde partícipes se sentem, muitas vezes, ‘impotentes’ perante as incertezas do usuário e familiares quando não são orientados de forma clara e objetiva. Essa ‘impotência’ dos profissionais não-médicos se deve ao fato de também necessitarem da conduta médica, a fim de complementar os seus conhecimentos e repassá-los aos clientes, de modo a evitar informações desconexas e futuros atritos que possam levar ao aumento da ansiedade dos indivíduos que necessitam do serviço.

Em face do exposto, o médico passa a ser considerado o líder da equipe dentro da unidade hospitalar, já que detém o ‘poder de mando’, o que leva, às vezes, a um ressentimento entre os membros de uma equipe multiprofissional, pois permeia-se a idéia de subalternidade: *“E administrar, a gente administra serviço que a gente nem é o líder, porque o líder da equipe é o médico. Então a gente enfermeiro administra um serviço sem ter o poder de*

mando. Então isso também cria algumas arestas entre os profissionais.” (E2-7). Tal fato, talvez possa ser explicado pela desvalorização ou desconhecimento do trabalho do outro, pois neste modelo não há um sentimento de colaboração entre os profissionais que aponte para um cuidado integral prestado em sua forma mais ampliada. Diante dessa perspectiva, Foucault (2006a, p.110) lembra que as

relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.

Em se tratando dos profissionais no espaço hospitalar, temos que levar em conta as diferentes visões e formas de execução do trabalho no cotidiano, pois envolve sujeitos singulares, portanto, uma pluralidade de percepções. Constatamos que, no cenário em estudo, não há uma uniformidade de atendimento ao usuário, o que permite a realização do cuidado de maneiras diferenciadas e que perpassa pela dedicação, em menor ou maior escala, do profissional: *“Existe, claro, muito profissionais, cada um tem uma visão aqui, porque não existe uma uniformidade de atendimento, de garantia, de condições básicas etc e tal. E tem profissionais que não, que se dedicam etc e tal.” (E2-7).* Dessa forma, observamos um trabalho fragmentado, individualista e pautado, muitas vezes, na inexistência de rotinas. Uma das prováveis explicações para isso recai no fato de os próprios atores de saúde se perderem em meio às definições de urgência e emergência, como observado por Jacquemot (2005). Segundo a autora, há imprecisões quanto às situações e estados de saúde que podem ser conceituados como urgentes ou emergentes. Ela complementa que *”em vez de atribuir um conteúdo unívoco às noções e distinções que procuram precisar, as definições chegam ao exato oposto, pois abrem a possibilidade de interpretações múltiplas.” (p.28).*

Acrescemos a essa falta de uniformidade no atendimento ao usuário a indefinição do papel do profissional que tende ora para o administrativo, ora para o assistencial, porém complementares, como no caso da enfermagem. Notamos que há uma lacuna amorfa presente nessa situação e que pode ser considerada como um dos motivos que leva o trabalhador a delegar uma tarefa aos seus subordinados porque não dá conta de cumpri-la, como, por exemplo, o cuidado. Em contrapartida, o profissional abarca outras atividades que não são de sua competência, pois tem que administrar o serviço para criar condições a fim de garantir uma assistência de qualidade. É o que se deduz da leitura deste fragmento:

No meu entendimento, a gente fica muito na parte administrativa e pouco na parte assistencial, apesar de que a gente faz isso sempre, mas a gente não dá conta da demanda e da quantidade de serviço que tem. Então a gente faz muito o administrativo e o assistencial a gente vai delegando. Como tudo cai nas costas do enfermeiro, nós temos uma mania de querer resolver tudo. Muitas vezes a gente faz coisas que não é de nossa competência e, a nossa mesmo, vai ficando pra outras pessoas fazer ou pra ninguém fazer, porque a gente tem que administrar o serviço. (...) E agente mistura e confunde muito as coisas. (E2-7)

Essa indefinição no papel desempenhado pelo profissional, o qual realiza atividades distintas embora complementares, ocasiona um cuidado descontínuo por haver um espaço assistencial sem estrutura definida. Tal descontinuidade também pode ser discutida quanto à falta de manutenção das práticas assistenciais entre os plantões diurnos e noturnos, o que leva a uma percepção distorcida ou não conhecida de como o cuidado é realizado: *“Não sei à noite, mas de manhã eu acho que é bem mais cuidado do que na parte da noite.”* (N1-14). Somamos a isto, a existência de determinadas profissões no referido hospital somente nos plantões diurnos e, em apenas alguns setores nos plantões de finais de semana, como o observado na fisioterapia:

Igual uma coisa que eu sinto aqui de buraco até na fisioterapia é lá fora [refere à sala de politraumatizados] no final de semana: já teve vez que eu tava de plantão, tinham catorze pacientes em ventilação mecânica lá fora e não tinha nenhum fisioterapeuta atendendo lá fora. (...) Só que aqui só funciona de sete da manhã às sete da noite, fisioterapia não funciona à noite. (...) Então, é necessário porque o

tempo todo tem urgência e nunca se sabe como é que vai ficar o dia. Então, faz falta, todo mundo sente que faz falta à noite. (F11-10)

Apesar de haver essa descontinuidade na assistência ao usuário, o hospital público em estudo é considerado como uma instituição que funciona e que *“de uma forma geral eu acho o atendimento aqui muito bom. Ele é a tempo e a hora, o paciente tem um índice de satisfação muito elevado (...)”* (E2-7). Para tanto, outro entrevistado diz: *“(...) ele dá mais suporte que muitos hospitais particulares. Na hora que você chega, tem um número de profissionais até grande servindo ao usuário. E de alguma forma, com uma certa qualidade, com um certo investimento.”* (P1-3). Essa assistência, todavia, pode ser falha, uma vez que depende da ‘boa vontade’ dos profissionais, conforme podemos observar:

Eu percebo que é um hospital público que funciona, mas que ainda deixa muito a desejar, principalmente, no quesito boa vontade do profissional com o usuário. Eu acho que, muitas vezes, o usuário não é bem atendido porque não existe uma boa vontade, uma atenção do profissional. Lógico que existem as exceções, mas o que eu vejo no geral é isso, é a correria que atrapalha atender bem... Muitas vezes, eu percebo que o profissional tá mal humorado naquele dia; ele não atende o paciente direito, o usuário direito, sendo que isso seria uma coisa que deveria ser deixada completamente de lado. O mau humor do profissional não pode afetar o atendimento. (...) O profissional esquece que o usuário é dependente dele, que precisa dele, e deixa os problemas pessoais e personalidade, etc e tal, interferir neste atendimento. (F12-12)

Esse discurso revela que a qualidade do cuidado prestado ao usuário pode ser influenciada pelo humor do profissional no cotidiano de trabalho. Este, por sua vez, é também um ser humano que reage à sua maneira e diferenciado dos outros, pois cada pessoa é singular, portanto, única. Espera-se, contudo, desse trabalhador um equilíbrio nos seus afazeres e no modo de se reportar ao próximo, o que, ao mesmo tempo, constitui a sua fortaleza, mas também a sua fraqueza. Aquela no sentido de dar um bom atendimento com grande resolubilidade das necessidades trazidas pelo usuário e que causa uma satisfação. Esta porque esse trabalhador é visto como uma figura inabalável que deve estar pronto a todo o momento para o que ‘der e vier’ no âmbito da saúde, já que possui o conhecimento para tal e

de que depende o usuário. Alguém que transita entre a saúde/doença ou entre a vida/morte e que, portanto, tem que se mostrar ‘forte’ e deixar de lado os seus problemas pessoais e a sua personalidade, além de ter de saber lidar com êxito as dificuldades e os entraves no seu trabalho. Tudo isso aflora em uma unidade de urgência/emergência que é caracterizada como um *locus* de grande tensão e stress para os atores de saúde. Por isso, a paciência é levantada no discurso como uma ferramenta de trabalho e que, às vezes, é inutilizada quando o stress está exaltado, como nos mostra um dos sujeitos da pesquisa:

Porque como é urgência/emergência ninguém espera, tipo assim, uma morte súbita, uma tragédia. Então assim, lida com as pessoas no auge do stress. A gente tem que ter muita cabeça, muita tranquilidade pra tá atendendo. (...) porque o stress é violento. Muitas vezes, eu costumo até dizer: você não pode muito entrar ali na onda da família, daquele stress. (...) Você entende o lado da família, mas cê sabe que não pode. Então a gente tem que tentar ter jogo de cintura pra tá controlando. Às vezes, a família já chega no serviço social estressada, brigando. Às vezes, a gente nem chega a falar nada, já chega brigando, porque já foi maltratada às vezes pelo médico, já foi maltratada às vezes pela enfermagem, e aí chega no serviço social já estressada. (...) eu também vejo, às vezes, que alguns profissionais não têm muita paciência de saber, de escutar, porque, às vezes, a pessoa nem abriu a boca, o outro já fala: “Ah não é aqui não. É lá no sei o quê, no sei o quê...” Nem escuta o que a pessoa tá falando né! Eu não sei se tem uma característica que o hospital tá sempre assim vinte e quatro horas no ar, as pessoas não tem muita paciência não. Eu sinto muito isso. (AS2-11)

Por outro lado, essa falta de paciência no atendimento ao usuário, como levantada no discurso anterior, pode também recair na falta de condições de trabalho, pois “(...) *a gente tem pouco recurso sabe, do Estado mesmo pra tá ajudando. A gente lida assim com o mínimo sabe.*” (AS2-11). O cuidado prestado na unidade de urgência/emergência é, então, prejudicado pelo número reduzido de profissionais ante a grande demanda de usuários que procura o serviço, o que acarreta em uma sobrecarga de trabalho. Além disso, existe, às vezes, uma insuficiência de material disponível para concretizar uma assistência de qualidade rumo à integralidade, sendo necessário buscar formas de trabalho baseadas em um cuidado improvisado, conforme o discurso:

O auxiliar de enfermagem poderia dar um atendimento melhor se não fosse pela quantidade de pacientes que sobrecarrega aí. (...) a gente podia desempenhar esse papel melhor se a gente tivesse mais condições né, porque, às vezes, aqui no João XXIII ele tem muito material pra trabalhar, no dia seguinte não tem nada, e isso dificulta muito pra gente. A gente trabalha muito em cima do improviso. (AE2-9)

(...) eu percebo que a situação tá cada vez mais difícil na área da saúde como um todo sabe. Eu acho que os nossos hospitais estão cada vez mais lotados, muitos estão sucateados. Você chega pra trabalhar, você não tem o mesmo aparato que tinha. Falta tudo. Então, eu acho que não é aqui só, não é só na emergência não. (M2-13)

Essa realidade de hospitais sucateados talvez possa ser explicada por uma ineficiência do sistema de saúde quanto à ‘linha do cuidado’. Mesmo que a urgência/emergência seja caracterizada como uma das ‘portas de entrada’ desse sistema, muitas vezes verificamos que os usuários que poderiam ser atendidos em outras instâncias de nível de complexidade menor, recorrem ao pronto-socorro em busca de resolução das suas necessidades. Existem, no entanto, também aqueles usuários que procuram os estabelecimentos de saúde de que necessitam, mas não são atendidos. Para esses, a última alternativa é um hospital de pronto-socorro, detalhe para o qual somos chamados a atenção:

Se eu tô só com um corte no pé, eu não preciso de vir no pronto-socorro. Eu posso ir no posto de saúde que eu faço a sutura. Se eu levei um tiro ou uma facada eu tenho que vir pro pronto-socorro, e eu tenho que ter meios de chegar no atendimento que eu preciso. (E2-7)

Paciente chega aqui, acredito que não é porque ele quer vir aqui. Muitas vezes ele vem de longe, acho porque ele não teve outra opção de chegar até aqui. Ele deve ter passado um, dois, três lugares antes de chegar aqui. (M1-8)

(...) um paciente que não precisaria ser atendido no nosso hospital entra; por causa das características do hospital, por se tratar de trauma e que deveriam ser atendidos pacientes de maior complexidade, às vezes entram pacientes que poderiam estar sendo atendidos em outros serviços. Isso compromete o funcionamento do hospital porque superlota o hospital. (M2-13)

O perfil do hospital público de urgência/emergência, cenário deste estudo, está voltado para o atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, intoxicações, grandes queimaduras e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente de vida. Apesar da deficiência na ‘linha do cuidado’ proposta pelo SUS, muitos usuários que não apresentam

essas características, adentram no hospital de pronto-socorro por desconhecimento de qual serviço procurar, ou pela recusa de atendimento de outros estabelecimentos de saúde, ou por acreditarem, até mesmo culturalmente, que o hospital é o espaço que possui as mais diversas tecnologias e que garante a resolubilidade dos problemas de saúde da população. Esses fatos levam a uma superlotação da unidade hospitalar, o que desencadeia uma série de eventos em torno do atendimento ao usuário, citados anteriormente, rumo a uma prática assistencial que está longe do cuidado integral. Dessa maneira, há uma percepção de atraso ou de obstrução do serviço por parte dos profissionais, devido ao excesso desnecessário de usuários na instituição:

Mas acho assim, quando não é uma urgência/emergência é uma coisa tipo que trava um pouco (...). A coisa é meio atrasada, porque aqui no hospital a característica é mesmo de urgência e emergência. (...) Mas eu já tive assim colegas que, às vezes dão plantão noturno e fica de final de semana, que chega a falar que acontece de chegar um caso atrás do outro, um atrás do outro, e não tem maca pra colocar os doente. (...) mal dá tempo às vezes de limpar a maca que tá suja pro outro doente vim deitar entendeu. Então assim, eu acho que devia tá mais vetado. (AS2-11)

Diante dessas constatações, Jacquemot (2005, p.13) relata que os atores do atendimento às urgências e emergências “*lastimam o fato de os prontos-socorros enfrentarem uma demanda que os afastam de sua missão declarada, pois acabam atendendo situações de saúde que, na sua maioria, não exigem atendimento médico urgente.*” Porém, os usuários (leigos) não sabem o que é urgente, tema tratado de forma louvável no estudo da mesma autora. Ela amplia a discussão ao afirmar que se construiu um discurso “*que acusa a população de fazer mau uso dos prontos-socorros e a designa como a grande responsável pela sobrecarga dessas unidades e pela desvirtuação da sua função.*” (p.13). Por conseguinte, os enunciados acima expressam que, apesar de o hospital em estudo ser exclusivamente conveniado com o SUS, deveria haver alguma forma de restrição na entrada dos usuários que não se encaixam no perfil do atendimento da instituição. Nesse contexto,

questiona-se a deficiência na ‘linha do cuidado’. Por outro lado, também se observa que tal restrição seria inconstitucional, pois viola os preceitos do SUS.

De fato, o cerne de tais questionamentos recai na superlotação ora vivenciada em uma unidade hospitalar de pronto-socorro, como apontada pelos entrevistados. Então, quais são os meios para resolução desse dilema? Parece que um dos discursos revela uma solução preocupante, que diz respeito à alta hospitalar precipitada. Tal afirmação também pode ser ampliada para os encaminhamentos realizados para outros serviços de saúde de forma precoce. Dessa maneira, notamos no fragmento que há certa urgência em acelerar a saída do usuário da instituição, pois a grande demanda é implacável, portanto, uma realidade na vida cotidiana dessa unidade. Por conseguinte, verificamos que é uma situação permeada pelo desrespeito com o usuário e que, às vezes, ocasiona um stress nos atores de saúde devido à alta hospitalar ser exclusiva do profissional médico, em detrimento das demais categorias profissionais envolvidas no processo de atendimento, como explicitado pelo assistente social neste relato:

Acho que a gente tá vivendo aqui hoje, um momento difícil tá, porque tem muita urgência em ver o paciente pra fora, tem muita urgência do paciente sair. Então assim, não se respeita muito. (...) Eu tenho visto muito também alta precipitada. (...) a gente tá vivendo esse momento aqui desse stress sabe. Cê tem que dá linha. O paciente recebeu alta, ele tem que sair. Ele tem que sair porque já tem outro entrando no leito, pra ocupar a cama dele. Então ele tem que sair de qualquer jeito, não interessa como, se a família tem condição, se não tem. Se o serviço social às vezes segurou um pouco a alta por causa de um abrigo... Não querem nem saber!
(AS2-11)

Por meio do discurso e do que foi dito até o momento, notamos que nos hospitais de pronto-socorro o cuidado integral é permeado fortemente pelo elemento social: “*Acho que a questão social fala o tempo todo aqui.*” (P1-3). Logo, pode ser considerado como uma característica que compõe o perfil e o atendimento de uma unidade de urgência/emergência vinculada ao SUS: “*(...) o perfil do hospital aqui, é uma questão social muito grande. (...)*”

pela questão social que aqui é grande, é muito acentuada, então eu faço um trabalho, um trabalho social.” (AE1-1).

Observamos que, ao tratar da questão social que incide no serviço, a mesma perpassa pela garantia de cidadania do usuário. Como citado anteriormente, o modelo de assistência vigente no hospital em estudo é o ‘biomédico’, o qual secundariza e reduz o ser indivíduo ante a sua queixa principal. Dessa maneira, ele passa a ser objetado e não sujeito, além de receber um cuidado fragmentado e com precária orientação quanto às suas necessidades: *“Ele passa mais de dez dias dentro da instituição e ele não foi orientado de acordo com a sua necessidade. Isso significa várias perdas, tanto financeira como no nível social.” (AS1-4).* Essas perdas constituem uma violência velada, que está oculta ou disfarçada nas relações dos profissionais para com os usuários, pois o conhecimento não é compartilhado com a finalidade de orientá-los acerca do que está sendo colocado para eles. Este saber passa, então, a ser visto como uma forma de poder; coloca o usuário em posição de inferioridade, além de exercer um mecanismo coercitivo que leva à restrição dos seus direitos: *“E são os direitos da pessoa que estão ali sendo, às vezes, podados por qualquer outro profissional (...)” (AS1-4).* Diante disso, percebemos que a alteridade do usuário é violada, pois ele perde a sua autonomia. Além de não fazer valer os seus desejos e anseios, são vetadas a ele as informações e as negociações quanto à sua participação nas tomadas de decisões. Ele não é reconhecido dentro desse modelo de assistência como alguém que goza de direitos e que possui diferenças e as particularidades, embora tenha responsabilidades, como qualquer outro cidadão, seja no trabalho, na família ou no grupo social em que está inserido. Nesse processo, a família, carente de informações, também é violentada. Muitas vezes ela se encontra limitada quanto às visitas e quanto às orientações do estado de saúde do seu ente querido e passa a vivenciar um estado de grande ansiedade.

A cidadania do usuário é também permeada pela falta de condições da unidade hospitalar, cujo custeio é de responsabilidade do Estado, muitas vezes de ordem material e que não aponta para o cuidado integral. Apesar dessas complicações, percebemos a existência de diferenças quanto ao cuidado realizado que culmina no questionamento do SUS quanto ao exercício dos seus princípios, principalmente da equidade, pois os profissionais assumem comportamentos diferentes conforme a classe social do usuário. Para tanto, existem privilégios e distinções quanto ao tratamento de acordo com o nível sócio-econômico do indivíduo que procura o serviço, como o explicitado pelo sujeito da pesquisa:

Como exercer a cidadania, o direito daquele usuário, dentro de uma instituição onde ele é colocado muitas das vezes sem um próprio colchão? Como fazer este resgate? Essa dificuldade, essas mínimas coisas, esse tanto de regra, que não dá condições à pessoa resgatar essa cidadania e ela seja cidadão aqui dentro. A mão é mão única para todos? O sistema único é para todos? Ou você tem uma portaria, você tem uns setores que privilegiam certas classes? Como chegar a um cidadão, a um usuário, que foi tirado o direito de visita? Como resgatar essa visita que foi tirada diariamente? Você recebeu, você sofreu um acidente na sexta-feira à noite, na segunda-feira de manhã você saiu do bloco cirúrgico, você quer uma visita. Você quer ver a sua família. Essa família às vezes não consegue chegar até o médico que fez uma cirurgia. (...) Só que essa pessoa ela tem família, ela tem responsabilidades, ela tem que voltar pro trabalho. Se ela não voltar pro trabalho, ela vai ter cortado o dia, ou ela pode ser mandada embora. Como você pode resgatar essa situação desse usuário, como vítima, e resgatar a cidadania dessa família, que ela é vítima também? Ela é vítima secundária! Se ele sofreu um trauma por arma de fogo, não é só ele que é vítima não! O familiar dele, o filhinho dele também é vítima. E essa cidadania não é resgatada. Ela é cortada lá embaixo na portaria. (AS1-4)

Além de reportar-se à questão da cidadania, o elemento social também pode ser visto no tocante ao encaminhamento do usuário para outro serviço de saúde que perfaz o sistema de referência e contra-referência. O discurso revela que tal sistema é falho, pois não há garantias de continuidade no atendimento das necessidades do indivíduo em outro nível de atenção à saúde como, por exemplo, um trabalho de reintegração social. Dessa maneira, constatamos novamente no relato, uma deficiência na linha do cuidado no nível macro, no caminhar do usuário na rede de serviços, os quais deveriam ser complementares, a fim de garantir todos os

recursos disponíveis nas várias instâncias para concretizar um atendimento rumo ao cuidado integral:

(...) nos plantões a gente esbarra toda hora no limite social, que pra onde você não tem pra onde encaminhar o paciente que necessita de um cuidado de saúde na minha área na saúde mental, necessita de um trabalho de integração, de reintegração social... Você sabe que vai dar um encaminhamento, que você vai ligar pra um posto, e que ele não vai ser assistido adequadamente. (P1-3)

Em contrapartida, a questão do perfil social, nesse último caso, pode ser vista como um descrédito dos atores da saúde que trabalham no nível terciário da atenção para com os outros profissionais que estão nas outras instâncias. Esse descrédito talvez possa advir do desconhecimento do trabalho realizado nos outros serviços, ou até pelo próprio fato de a linha de cuidado ser percebida, muitas vezes, de forma compartimentada, e não como uma rede de serviços. Assim, verificamos que a integralidade da atenção, enquanto esforço intersetorial, é falha. Nessa dimensão, conforme salienta Cecílio (2001), ela deveria ser apreendida como *“fruto de uma articulação de cada serviço de saúde”* (p.117), isto é, *“ela não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede.”* (p.118).

Sobre o cuidado integral, ainda faz-se necessário abordarmos a revitalização do hospital em estudo, já referenciada anteriormente na metodologia desta pesquisa, pois é vista como um ponto dificultador para alcançá-lo. Sob a ótica dos entrevistados, ela é apreendida como uma reforma mais política do que propriamente assistencial, sendo iniciada em outubro do ano de 2005, justamente um ano eleitoral. Para tanto, a instituição e os seus trabalhadores têm passado por grandes mudanças, desde os espaços físicos até às aquisições de novos equipamentos, porém, vista de forma ‘maquiada’. Ao invés de otimizar o funcionamento da unidade hospitalar e, conseqüentemente, o atendimento ao usuário, os relatos demonstram o contrário:

Acho que valia a pena falar agora da reforma que a gente tá passando. É um momento atual, e que até agora o que a gente tem conseguido ver, que na verdade é mais uma reforma política do que uma reforma realmente assistencial pro hospital e tudo né. (...) E que a gente tá vivendo uma situação muito difícil, uma situação ruim, na expectativa; ruim do espaço físico, do atendimento, mas na expectativa de que a reforma vai melhorar isso. (...) Tá mudando a estrutura física, mas não tem-se mudado o número de funcionários, não tem preocupado com os treinamentos, você não vê equipamentos novos chegar... A gente tá tido que os equipamentos vão vir quando tiver pronta a área física, mas e aí até lá? E quando não tem, como que você atende? Como você faz com esse cliente que tá aí? O cliente não tem culpa dele tá no meio da reforma e sendo atendido sem nenhuma condição física, estrutural, de pessoal. Então é um momento bem marcado, também, por essa questão da reforma. (E1-2)

(...) com essa reforma, tá tendo muita complicação para atender o paciente aqui. Ah, falta de materiais, às vezes tampava tudo no quarto; nos leitos dos pacientes ficavam sem ventilação nenhuma, tudo abafado, maior risco pra dá infecção... (N1-14)

(...) É uma coisa que foi feita aleatoriamente. Simplesmente: “Ah, eu quero que faça assim, assim e assado, porque eu sei que é uma coisa que nada tem a ver com o seu trabalho.” Mas eu acho que deveriam ter questionado as pessoas que trabalham aqui. (...) Tá esse tumulto todo! Devia ser uma coisa mais programada. Isso é uma coisa que é: “Oh fulano, cê que trabalha aqui no ambulatório, o quê que fica melhor pro cê?” É um problema que tem no serviço público. Se fosse um serviço particular, eu poderia te falar assim, mas com certeza, que isso faria parte: todo mundo daria uma opinião, o que não aconteceu no Pronto-Socorro. Essa é uma coisa: “Ah, o projeto tá aqui, aprendeu e pronto, tão fazendo”. (TE1-5)

Dessa maneira, observamos um descaso político e institucional para com os usuários e trabalhadores desse hospital, pois, além da falta de condições físicas e recursos materiais e humanos, os atores de saúde que trabalham na base da pirâmide hierárquica não foram contemplados nas discussões da revitalização, ‘desapropriando-os’ do seu *locus* de trabalho. Assim, em meio a esse caos, o atendimento segue em funcionamento como antes, porém, sujeita os usuários a estados considerados subumanos pelas deficiências de recursos: “*Eu acho que, às vezes, alguns, ainda mais agora com essa reforma, eles ficam em condições subumanas na verdade tá.*” (N1-14). Diante disso, faz-se necessário discutirmos a humanização da assistência em direção à integralidade, a qual será abordada no próximo tópico.

3.1.3. A humanização da assistência

O termo 'humanização' vem sendo empregado corriqueiramente no âmbito da saúde. Ele trata das relações entre sujeitos, em que um indivíduo reconhece a humanidade do seu semelhante, seja a partir do diálogo ou na sua forma de expressar, manifestar, interagir e/ou pensar o outro. Sendo assim, esse termo passou a permear as práticas assistenciais no cotidiano da saúde, constituindo uma política ministerial regulamentada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em maio de 2000, o qual *“ambiciona promover a pessoa humana, como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde”* (BRASIL, 2002b, p.5) e tem como objetivo fundamental o de *“aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.”* (BRASIL, 2001b, p.7). Dessa maneira, a humanização enquanto conceito visa nortear uma *“nova práxis na produção do cuidado em saúde”* (DESLANDES, 2004, p.7) e que, também, aponta para a integralidade da atenção.

Posteriormente, o Programa foi substituído pelo Humaniza SUS, passando a ser uma política de assistência (DESLANDES, 2004). Desde o início do Programa, porém, esse termo está envolto de polêmicas quanto ao seu emprego na área da saúde, pois como falar em humanização se é algo inerente do ser humano? Segundo Boaretto (2004), um dos debatedores do estudo de Deslandes que aborda a humanização da assistência hospitalar, afirma que este termo encontra *“resistências nas instituições de saúde sendo até mesmo negado pelos profissionais, visto que defender a humanização das práticas assistenciais significaria admitir que nós os humanos perdemos nossa humanidade.”* (p.20).

A humanização é intrínseca ao ser humano, portanto deve ser pensada na sua condição de 'ser' humano. Não é a intenção deste estudo procurar refletir a humanização de forma aprofundada, mas a de buscar uma aproximação de como é vista no cotidiano

hospitalar. Dessa forma, notamos no discurso do sujeito da pesquisa que há uma resistência face às ações voltadas para a humanização presente na unidade em estudo, desvalorizando-a:

Uma outra questão, que eu acho que marca muito, é quando houve a criação da humanização aqui no hospital. Porque foi um trabalho que foi muito criticado a princípio. (...) E até por desconhecimento mesmo ou por pouca valorização, foi uma crítica muito grande. (...) tem um espaço pequeno ainda, um espaço físico, não até da atividade, mas um espaço físico ainda pequeno. Então assim, ainda reflete na pouca valorização que a diretoria dá pro trabalho (...). (E1-2)

Nesse contexto, a humanização é referida como um serviço que funciona em um espaço físico determinado e que está voltado tanto para o usuário quanto para o profissional de saúde. Dessa forma, ela dispõe de atendimentos para os trabalhadores, como o reiki e a acupuntura, na busca de oferecer uma melhor qualidade de vida para os mesmos, porém, tal serviço se dá no período diurno, conforme a fala de um dos profissionais que atua nesse turno:

(...) normalmente, quando você está na humanização você pensa muito no usuário, no cliente, nessa coisa, mas não preocupa muito com o funcionário. E aqui ela tem essa preocupação com o funcionário também. Então ela tem, por exemplo, atendimento com reiki, atendimento com acupuntura, que é o próprio pessoal da humanização que faz; médicos do hospital que disponibilizam, que trabalham voluntariamente na humanização atendendo os próprios funcionários da instituição. Então ela tem esse tipo de trabalho nos dois sentidos: ela preocupa sim com a humanização do cliente, mas preocupa também com essa questão do cliente interno, do funcionário, de uma melhor qualidade de vida pro funcionário. (E1-2)

Em contrapartida, essa percepção de humanização não é reconhecida por outro sujeito da pesquisa que trabalha no turno da noite, o qual afirma haver uma falta de atendimento ao profissional, principalmente com relação ao âmbito psicológico, devido à própria característica da prática assistencial de uma unidade de urgência/emergência, um lugar de grande desgaste, stress e ansiedade, como já discutido ao abordar o cuidado integral, portanto, longe da humanização. É o que podemos observar neste relato:

Olha, eu insisto em falar: falta humanização. Isso é, você entra assim, você olha, falta humanização. (...) pelo tipo de atendimento que é, a característica que é o hospital, é ter um atendimento também à saúde do profissional. A saúde, vamos

dizer, o psicológico do profissional. Da nossa saúde, pela carga que é o hospital. Então assim, aqui também não tem essa preocupação com a saúde do profissional. É, vamos dizer, ou um lazer. (AE1-1)

Para o usuário, a humanização parece se ocupar com a aquisição de materiais por meio de doações para garantir uma assistência contínua de qualidade, como a manutenção de fraldas descartáveis, já que os recursos financeiros providos pelo estado são insuficientes. Segundo o PNHAH (2001b), as iniciativas de humanização em andamento nos hospitais demonstram uma necessidade de mudança na gestão da relação usuário/profissional de saúde e também da própria instituição. Tais iniciativas, porém, são ainda setoriais e não conseguem um envolvimento do todo das organizações, o que reafirma a necessidade de articular essa mudança de forma a contemplar os aspectos subjetivos e éticos presentes nas relações do binômio usuário/profissional, e difundi-los no ‘hospital’ como um todo, conforme depoimento:

Ela ainda é muito modesta. Mas, por exemplo, quando a gente faz humanização a gente pensa muito no usuário, no cliente. E, uma questão básica, por exemplo, fralda descartável. É uma coisa básica, uma coisa que deveria ser provida pelo Estado. A gente deveria ter aqui na instituição, só que a gente vive a situação assim, quando tem dinheiro, tem, quando não tem dinheiro, não tem. E depois com a humanização é uma coisa que é mais freqüente porque você consegue manter mais o uso dela. E vem pela doação, por quando a humanização consegue, pelo movimento que ela faz junto ao usuário pra que com estas doações consiga manter. (E1-2)

Chama atenção nesse último discurso a afirmativa “*quando a gente faz humanização*” (E1-2), como algo que acontece de forma esporádica ou que está externo ao ser humano, que não lhe pertence, apenas um técnica a ser desenvolvida. Tal fato sinaliza que a humanização pode ser pensada equivocadamente desta maneira, assim como se tem verificado com o acolhimento realizado nas UBS’s. Então, o que é humanização? Segundo o entrevistado, a humanização é ter uma preocupação com o “*bem-estar do paciente*” (AE1-1), embora não tenha explicitado em relação a quê ou qual o seu sentido. Ela também permeia a

sensibilidade do profissional no seu trabalho, pois não se deve acostumar com o mesmo, já que, com o passar do tempo, a mesma rotina leva o trabalhador a diminuir a sua atenção para com o usuário. Talvez essa atenção colocada aqui de forma tão crua, vá de encontro a um dos objetivos do PNHAH, que diz respeito à capacitação dos profissionais para “*o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.*” (BRASIL, 2002b, p.9).

(...) mas eu acho que a qualidade humana falta aqui, pelo tipo de trabalho que é. Pelo que chega, pelo tipo que a gente recebe. E é igual ao meu caso, não me policier, eu não consigo. É como usa muito, que a gente se torna uma pessoa insensível. Então o que chega aqui, a gente tem que ter o quê, o cuidado de para não se achar que isso é... “Ah, isso é comum”, uma perda, uma mãe que perde o seu filho, um acidente que acontece, ou isso, das coisas mais simples às coisas mais sérias. Então eu acho que falta aqui humanizar os profissionais. (AE1-1)

É justamente essa ‘qualidade humana’, muitas vezes adormecida, que leva o profissional a tomar atitudes desumanizantes. A provável explicação para este fato gira em torno da característica do trabalho realizado em uma unidade de urgência/emergência, como já discutido, porém, fazem-se necessários estudos mais aprofundados sobre o assunto. Nesse contexto, verifica-se que o referido Programa se assenta principalmente no “fator humano”, o qual deve ter como aliado as “tecnologias”, constituindo a “qualidade do sistema”:

(...) *as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.* (BRASIL, 2001b, p.5)

Diante do explicitado, o sujeito da pesquisa revela que no trabalho rumo à humanização, ele adota a seguinte postura: “*tento ser humana, ao mesmo tempo ser firme, precisa ser firme né, com os pacientes.*” (AE1-1). ‘Ser firme’ talvez signifique saber lidar com o stress e a ansiedade dos usuários que necessitam de atendimento. Além disso, verificamos

no seu discurso que a humanização perpassa pelo exercício de um cuidado mais voltado para o tecnicismo, principalmente no seu âmbito de trabalho, que perfaz os ambulatorios:

(...) eu tenho uma preocupação enorme na questão... Eu sempre falo: o bem-estar do paciente, da sua alimentação, dos seus dados, da sua mudança de decúbito, da medicação, dos dados que têm que ser olhados, da dieta que tem que ser, das hidratações que tem que ter no intervalo, principalmente, com a questão remédio e dor, principalmente isso. (AE1-1)

Nesse contexto, a ciência e a tecnologia podem tornar a assistência desumanizada quando reduz o indivíduo a objeto de intervenção técnica. (BRASIL, 2002b). O mesmo autor acrescenta ainda que o ato técnico *“elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro.”* (p.13).

A humanização também é apreendida como *“ampliação do processo comunicacional.”* (DESLANDES, 2004, p.10). De fato, o PNHAH (2002b) relata que o ser humano é dotado de linguagem, logo, capaz de construir redes de significados, que ao serem compartilhadas com os seus semelhantes em maior ou menor medida, configuram uma identidade cultural. De acordo com Maturana (2002), *“a linguagem é um operar em coordenações consensuais de coordenações consensuais de ações”* (p.20), isso porque a linguagem surge no âmbito humano ausente de competição, pois esta é constituída culturalmente, e não, naturalmente. Assim, como biólogo esse autor afirma que é

na conservação de um modo de vida, caracterizada pelo compartilhar alimentos no prazer da convivência e no encontro sensual recorrente, no qual os machos e as fêmeas convivem em torno da criação dos filhos, que pode dar-se, e há de ser dado, o modo de vida em coordenações consensuais de coordenações consensuais de ações que constituem a linguagem. (p.21)

Completando a linha de raciocínio, o mesmo autor defende que não há ação humana sem uma emoção que torne possível um ato. Para tanto, o modo de vida em que surge a linguagem é permeada por uma emoção fundadora que é o amor, *“que constitui o domínio de*

ações em que nossas interações recorrentes com o outro fazem do outro um legítimo outro na convivência.” (MATURANA, 2002, p.22). Dessa forma, o autor relata que a “linguagem, como domínio de coordenações consensuais de conduta, não pode ter surgido na agressão, pois esta restringe a convivência, ainda que uma vez na linguagem, ela possa ser usada na agressão.” (p.22). Entendemos, então, que a humanização é um fenômeno social permeado pelo amor, pois ela reconhece e aceita o outro como legítimo outro na convivência cotidiana. Trata-se, portanto, de um ambiente de colaboração, em que a linguagem é a sua ferramenta mais importante, onde são construídas redes de significados, conformando a condição de ‘ser’ humano. Isso vai de encontro com o preconizado pelo PNHAH (2002b), o qual afirma que humanizar a assistência hospitalar “é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo.” (p.14). Observamos, porém, que ainda existem muitas lacunas a serem desvendadas acerca das práticas de humanização. Estas poderiam ser defendidas como um conjunto de iniciativas “capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS.” (BRASIL, 2002b, p.7). Já Deslandes (2004, p.8) afirma que a noção de humanização pode ser empregada,

(...) para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes.

A humanização aponta, portanto, para um campo relacional com reconhecimento da alteridade e do diálogo. Logo, é um desafio, pois, como já foi discutido anteriormente, o hospital é um espaço onde se percebe a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre profissionais/usuários e entre os diferentes profissionais que compõem a equipe em saúde. Entretanto, apesar de estar inserido nesse cenário, o entrevistado revela que a equipe

tem um papel importante na realização da humanização e, por isso, deve haver uma parceria entre os profissionais:

Então aí né, esse conjunto: a chefia, o enfermeiro e os auxiliares, isso tem essa parceria boa. Esse respaldo que dá pra gente. Que bom! Não se pode resolver essa questão, eu tenho que respaldo dá, da nossa chefia, do enfermeiro. Então tem essa parceria boa que dá pra que a gente faça esse trabalho de humanização. (AE1-1)

A instituição também tem o seu lugar de destaque quanto à humanização, pois deve oferecer, além das tecnologias, um ambiente propício para uma assistência mais humanizada e promover uma educação permanente do seu quadro de recursos humanos, pois “(...) *as coisas vão ficando. Aquilo que a gente aprende, aquilo que a gente adquire, ela vai ficando pra trás. E aquilo se torna muito comum.*” (AE1-1). Para tanto, um dos pressupostos do PNHAH (2001b) é justamente o de respeitar a singularidade do indivíduo reconhecendo-o como um ser autônomo e digno. No entanto, o sujeito da pesquisa, tomado pelo sentimento de pudor, ressalta que há uma violência por parte dos profissionais de saúde no atendimento ao usuário quanto à exposição do seu corpo, o que lhe causa certo incômodo, constituindo uma ação desumana. Dessa maneira, observamos que o hospital moderno tem arraigado no seu cotidiano a despersonalização dos usuários, além da “*submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem.*” (DESLANDES, 2004, p.9). De acordo com esse ponto de vista, um dos informantes nos diz:

Mas tem uma outra questão que eu vejo: é a exposição do paciente na questão assim da parte, da sua genitália. Então isso muito me incomoda e, às vezes quando eu tenho a oportunidade, eu jogo um lençol tampando a sua parte. (...) porque não são todos que têm essa preocupação, da exposição. (...) isso eu percebo: não tem essa preocupação do grupo, há uma exposição. Uma outra determinada causa que eu falei de princípio, que é sobre a humanização, às vezes você chega lá, tá o paciente intubado, o paciente grave, que só de fralda! Não tem um lençol! A exposição do corpo, porque eu não gostaria de ficar nessa posição. A mulher ela fica, mas eu falo o homem, não gostaria. Essa preocupação não tem no Poli. Da chegada, da urgência. Agora quanto nos Ambulatórios, que já não é uma coisa tão corrida, porque lá é urgência e é emergência [refere à sala de politraumatizados], eu não posso pensar muito, eu tenho que ser ágil. Quanto nos ambulatórios, já se tem esse cuidado, a coisa já é mais tranqüila, dá tempo de você cobrir... Botar um lençol, cuidar do paciente com mais tranqüilidade. (AE1-1)

Observamos que o ato de cobrir a ‘parte’ exposta pelo informante da pesquisa, revela, além de certo incômodo quanto à exposição do corpo, uma atitude compassiva, já que esse ato pode ser apreendido como um necessário ‘humanismo’, tornando-o um ‘agente moral’. (CAPONI, 2000). Essa benfeitoria, porém, que pode gerar um espaço de domínio e poder em relação ao outro, como explicitado no estudo do mesmo autor, não é percebida como uma postura do entrevistado. Nesse caso, a compaixão implica a capacidade de sensibilizar-se com o outro que está permeada pelo ‘co-sofrimento’, em que os sujeitos se reconhecem como semelhantes pautados na dignidade, inexistindo uma relação dissimétrica entre eles.

Diante do que foi exposto, percebemos que a proposta de humanização da assistência à saúde visa reestruturar “*as relações de trabalho nos hospitais públicos, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.*” (PNHAH, 2002b, p.9). Dessa forma, ela trata de uma nova proposta de trabalho que almeja aumentar a eficácia no atendimento à população por meio de uma maior integração, comunicação, vínculo e reconhecimento mútuo entre os diversos sujeitos envolvidos nesse processo. Ela configura uma política que objetiva “*difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS.*” (PNHAH, 2002b, p.9). Compreendemos, portanto, que não há como pensar em integralidade sem abordar a humanização da assistência, pois ambas dizem respeito às relações entre sujeitos, embora esta última tenha como função subsidiar a reestruturação das práticas assistenciais do cotidiano em direção à integralidade da atenção em sua forma mais ampliada possível.

3.1.4. O vínculo: uma questão que transcende os ‘muros’ da Instituição

Ao abordarmos o cuidado no serviço de saúde, consideramos necessário discutir também o ‘vínculo’, o qual deve ser estabelecido no encontro dos atores de saúde com o usuário, no sentido de tornar o indivíduo partícipe na prestação do serviço de que necessita, além de, conforme a política de humanização do Ministério da Saúde, fomentar a responsabilização. Notamos, porém, uma escassez de literatura sobre como o vínculo é percebido no espaço hospitalar, principalmente, em uma instituição de pronto-socorro. Verificamos que em muitos estudos ele é abordado em conjunto com o acolhimento sem distingui-los e/ou estando em segundo plano nas discussões. Além disso, observamos que ele é debatido predominantemente na atenção primária da saúde, no que tange à Estratégia de Saúde da Família.

Percebemos, entretanto, que na prática cotidiana o vínculo e o acolhimento possuem acepções distintas, apesar de não serem obstantes e, muitas vezes, intrinsecamente ligados. Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, sob a ótica de um modelo de assistência usuário-centrado. Dessa maneira, ele constitui uma diretriz operacional que tem como princípios: garantir a acessibilidade universal, acolher, escutar e dar resolubilidade aos problemas de saúde da população; modificar radicalmente o processo de trabalho, com vistas a deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e, por último, qualificar a relação trabalhador-usuário que deve estar permeada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (p.347). Em contrapartida, a noção de vínculo está no plano da responsabilidade e do compromisso, pois trata de um relacionamento estrito e leal com o outro, em que *“nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e*

nem impessoal.” (MERHY, 1994, p.138). Notamos que ambos apontam para a integralidade da atenção, como observado por Gomes, Márcia e Pinheiro (2005), ao traçarem os seus significados, a partir de dois dicionários da língua portuguesa, em que foi possível verificar que “*os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionam diretamente às questões de saúde*”, embora sejam “*atributos da atenção à saúde integral, enfim, da integralidade.*” (p.291).

Diante do exposto, podemos dizer que o vínculo se dá nos encontros dos profissionais/usuários, considerado como “*o rosto do ‘sistema’ de saúde para o usuário*” (CECÍLIO, 2001, p.115), em que a subjetividade está em evidência nessa relação e que configura um espaço de reconhecimento do outro baseado na confiança, respeito e, sobretudo, pela ética. Mas, como ele é percebido no hospital em estudo? Compreendemos que o vínculo é contemplado de forma superficial na fala de um dos sujeitos da pesquisa, pois “*a gente não tem um contato grande com o paciente. Não cria um vínculo maior com o paciente.*” (TE1-5). O curioso é que, para os demais atores de saúde entrevistados, o vínculo passa muitas vezes despercebido nas práticas do cotidiano, já que não foi citado durante a permanência do usuário no hospital e, sim, enfatizado após a alta hospitalar do mesmo. Isso talvez possa ser explicado pelas características, já levantadas anteriormente neste estudo, que recaem em um atendimento voltado mais para a patologia do que para o indivíduo. Acrescemos a isso, a superlotação, o imediatismo, o modelo biomédico que fragmenta não só o indivíduo, mas também, o processo de trabalho, como nos mostram estas falas:

É uma paciente que a gente teve aqui, que até hoje eu gosto muito e perdi o contato porque ela vive na casa dela, mas é uma menina que teve uma encefalite herpética e eu fiquei muito apegada a ela. Não no sentido de transferência não. Eu gosto dela até hoje. Eu nunca mais fui na casa dela. É pelo sentido de como essa menina teve força pra encarar a vida dela com treze anos. Ela perdeu visão, perdeu a parte motora toda, ficou tetraplégica, e ela luta até hoje pra viver de uma forma que eu não entendo como, porque se fosse eu, eu já queria ter acabado com isso há muito tempo. Ela foi embora daqui, fez quinze anos aqui. E assim, é uma menina que dá tudo pra viver. Então na hora que eu tô em dificuldade na minha vida de pensar

assim, “tá tudo difícil!”, eu penso nessa menina. (...) A mãe dela mantém ela ninguém sabe como porque sozinha, pobre, não tem como ter ajuda assim de ninguém, assim de profissionais tarem sempre com ela. Ela mantém essa menina até hoje. A filha dela é louca com ela. E essa menina com essa garra toda de viver, cega, tetraplégica, no respirador. (F11-10)

Uma coisa que me marcou, foi um caso específico, foi um atendimento específico, que marcou muito e que fica até hoje ainda: é uma situação de acidente com criança e que essa criança tá numa situação de trabalho. Já tem muitos anos que essa pessoa sofreu o acidente e foi uma situação dessa e foi muito traumatizante mesmo, porque ele teve amputação traumática de perna, teve amputação traumática de braço, ficou com uma lesão grave de bexiga e foi uma criança que conviveu muito tempo aqui no hospital e que a gente acompanhou mesmo o caso dele e, depois, por ter passado tanto tempo na unidade de internação, ele ainda volta até hoje aqui. Já tem mais de dez anos. E é uma situação que você ainda vê até hoje. (...) Essa pessoa em questão, ela se apegou muito a um funcionário que ainda trabalha aqui no diurno, uma técnica de enfermagem que ainda trabalha aqui no diurno, e foi até por essa pessoa que ele continuou a retornando aqui, mantendo esse contato e tudo né, e a gente na carona dela na verdade. Mas foi por essa pessoa que ele se apegou mais e criou esse maior vínculo e tudo. (E1-2)

Percebemos, então, que o vínculo entre profissionais/usuários no hospital de pronto-socorro deveria ser considerado como um “*trabalho vivo em ato*”, pois remete-se ao encontro de subjetividades. Em contrapartida, o que observamos é que ele se perde em meio ao tecnicismo da assistência nesse serviço; à presença de saberes que são sistematizados e apreendidos pelos atores de saúde como tecnológicos e organizativos, constituindo o chamado “*trabalho morto.*” (MERHY, 2005, p.44). Dessa maneira, as tecnologias definidas por esse autor, como “*duras*” (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) e “*leve-duras*” (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde), predominam sobre as “*leves*” que tratam das relações do tipo produção de vínculo, entre outras (p.49). Talvez seja por isso que o vínculo na concepção dos entrevistados é apreendido no momento da alta hospitalar, pois é neste espaço que ele é possível ser pensado devido à ruptura na assistência estruturada e tão mecânica que se estabelece no cotidiano das práticas no âmbito da urgência/emergência. Então, é nesse *locus* que se dá o encontro de subjetividades e a escuta atenta das necessidades do usuário, já que as dificuldades e o sofrimento, advindos na pós-alta, são internalizados pelos atores de saúde, fugindo-lhes o ‘controle’. Assim, a fim de imprimir uma mudança na abordagem dos

equipamentos de saúde e as relações que ali se desenvolvem, sentimos que é necessário “*assumir que as pessoas, os trabalhadores de saúde, também agem movidas por reações inconscientes, que elas próprias desconhecem, e sobre as quais não detêm o controle.*” (CAMPOS, Rosana 2005, p.576). Tais necessidades, porém, não mais serão resolvidas pelo serviço, nem ele dá mais conta de resolvê-las sozinho, o que causa certa frustração nos profissionais que passam a compartilhar o sofrimento do usuário. Neste momento é que se dá o vínculo, o qual está permeado pela compaixão.

Observamos, portanto, que é no encontro da equipe com o usuário no ato da admissão que deveria dar-se o vínculo, enquanto ferramenta assistencial, pautado na melhor escuta possível e realizado com compromisso ético voltado para a resolução das necessidades de saúde do indivíduo. Sentimos, entretanto, necessidade de salientar, conforme Cecílio (2001, p.117), que “*a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhor que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas.*” Nem por isso, ela deve ser desmerecida, pelo contrário, vale a pena defendê-la nas práticas dos atores de saúde rumo às respostas de que os usuários carecem.

3.2. O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DO SOFRIMENTO DO USUÁRIO

No cenário em estudo, o trabalho é realizado por diversos atores de saúde que resulta em uma assistência pautada nos saberes tecnológicos e organizacionais sistematizados. Como dito anteriormente, o cotidiano das práticas em saúde envolve também um trabalho vivo em ato que se realiza no plano das subjetividades, portanto há de se considerar os sentimentos e as emoções advindas nos encontros do profissional com o usuário durante a sua permanência no hospital. Nesta perspectiva, a integralidade configura-se como um espaço de

intersubjetividade onde se dá o encontro dos diferentes sujeitos. Compreendemos que nesse âmbito as práticas cotidianas dos trabalhadores são permeadas constantemente pela dor, sofrimento e pela morte alheia, o que os predispõe à vulnerabilidade diante dessas manifestações. Em consonância com essa visão, Viana (2001, p.11) afirma que os trabalhadores de saúde

dedicam grande parte de suas vidas à morbidez alheia com subseqüentes tristezas, desesperanças, negativismo e toda a ordem de sentimentos de perda que se pronunciam nesse espaço, predispondo-os à vulnerabilidade frente à dor e ao sofrimento. Mas, apesar disso, são pessoas que também demonstram alegria, esperança na recuperação do outro, sensibilizam-se com o sofrimento e quando conseguem superar a dor e a morte do outro, ou atendê-lo de forma satisfatória, assumem uma vitória.

Essa última perspectiva de satisfação profissional, que se dá por meio de mecanismos de natureza sublimatória, não foi verificada nos relatos dos sujeitos da pesquisa apresentados neste estudo. De fato, o que percebemos é que os atores de saúde experimentam constantemente a sensação de frustração e impotência ao constatarem, em algumas situações, a impossibilidade de aliviar as angústias e o sofrimento do usuário. Tais sensações, porém, são silenciadas a fim de evitar maiores perturbações ao indivíduo, pois lhes é cabida a função de buscar minimizar as ansiedades e a dor do outro que necessita de atendimento, sem se abalarem ou poder expressá-las, conseqüência de uma cultura instituída. Dessa maneira, não é de causar estranheza que o profissional de saúde possa sentir-se como um ‘grão-de-areia’ no universo do cliente, pois ele percebe que o seu trabalho também pode ser uma fonte de sofrimento e que pode despertar e/ou contribuir no aumento da dor, como revelado pelo entrevistado. Por conseguinte, em meio a esse cotidiano hospitalar onde uma das nuances do cuidar perpassa pelo sofrimento, o ator de saúde deve apreendê-lo, “*proporcionando-lhe a condição de encará-lo como companheiro.*” (VIANA, 2001, p.13). Um dos sujeitos da pesquisa nos explicita esse impasse:

Tem uma situação que me marcou recentemente. Foi um TRM, tetraplégico, que chegou aqui no andar bastante seqüelado, traqueostomizado, do interior, e eu fui atender esse paciente, um senhor mais idoso. Então no momento que eu fui atender esse paciente, eu me identifiquei e ele simplesmente falou assim: “Minha filha, me deixa descansar”. (...) Eu fiquei sabendo pelo relato da história no prontuário que mora sozinho no interior, já é mais idoso... Então, eu me senti assim, um grão-de-areia no universo dele porque ele tava me enxergando ali como uma pessoa que ia incomodá-lo, porque certamente eu tava incomodando se eu fosse atender, porque eu ia causar dor, mais do que ele já tava sentindo. Eu ia ter que descobri-lo, tava fazendo frio, ele tava morrendo de frio (...). Então o que fiz foi cobrir ele de novo, despedir, falar que amanhã eu voltava e que se ele quisesse atendimento eu dava o atendimento. Então eu me senti uma inútil perante uma situação dessa. (...) naquele momento eu senti que o meu trabalho, meu serviço, ali naquela situação, ia muito mais trazer dor, sofrimento, incômodo, do que benefício. (FI2-12)

Esse discurso revela que o sofrimento, na prática cotidiana no hospital de pronto-socorro, vai além da dimensão física e esbarra também no limite social, o que transcende as expectativas de resolubilidade que a equipe pode oferecer no momento do atendimento ao cliente, pois trata de como buscar estratégias para reinserir o ser humano lesado na sociedade. Diante desta perspectiva, o sujeito da pesquisa revela que se sente ‘castrado’, ‘limitado’, que o leva a experimentar uma sensação de impotência (inoperância), causando-lhe um desgaste emocional e físico ao cuidar do outro. Segundo um dos informantes:

Logo que eu entrei, uma das coisas que mais marcava no hospital é você lidar a toda hora com os limites, porque aqui você convive o tempo todo com um limite físico, social. (...) a sensação que eu tinha é de algo que tava sendo limitado, barrado, o que a gente chama de castrado, de castração na psicologia, que era claro a busca... A impressão que me dava que os pacientes vinham sempre... Uma lesão de medula cortada, aquela pessoa que tava... Ela não tinha limite na vida. Então escutava muito, escuto isso muito, vai até um limite final que é a impossibilidade pra você ter que refazer a sua constituição num todo, porque aí você chega no fundo do poço. Isso choca. (...) É uma coisa que eu acho que é sofrido dentro do hospital e que às vezes choca, porque às vezes você esbarra com uma pessoa que tá nessa, provavelmente lá, numa subjetividade tentando uma busca, mas, por exemplo, é um jovem que tá terminando um curso de educação física e que teve um acidente e tem uma lesão total. Então, é um refazer sofrido. (P1-3)

Apesar de prestar uma assistência sistematizada que visa recuperar o próximo na sua totalidade, o profissional percebe que, em muitos casos, as necessidades do usuário vão muito

além da sua queixa ou patologia. Afinal, como coloca Lacerda e Valla (2004, p.93), há de se considerar a maneira como cada sujeito ficou afetado em sua existência e “*os sentidos e significados que as situações representam na vida de cada um.*” Assim, o entrevistado relata que há um limite final no sentido da impossibilidade de refazer a constituição do indivíduo num todo. Segundo ele, esse seria o ‘fundo do poço’ e reconhece-se, como limite final, a fragilidade do corpo enquanto adoecimento que o leva a uma privação de movimentos e de funções próprias, e não, a morte. Observamos que há uma negação desta última, mesmo que inconscientemente, como um fim inexorável da vida humana. Nesse âmbito, como fuga do envolvimento humano e dessa realidade não ‘aceita’, torna-se conveniente criar mecanismos que levem o ator de saúde a abster-se de tal perda, como por exemplo, prestar uma assistência limitada aos cuidados físicos com disciplinação dos corpos, em busca de oferecer conforto e, até mesmo, apreender as potencialidades do indivíduo, um refazer sofrido. Boff (2004b, p.36) denomina que esta acepção

“é a curva biológica do homem exterior”, a qual aponta que a vida “tende a manter-se na sobrevivência. Afirma constantemente o eu biológico. Não obstante isso, vê-se continuamente despojada do ter até um ponto onde ela se esvazia de energia vital. Então o homem acaba de morrer.”

Em face do exposto, o limite social pode também ser visto na acepção do perfil dos usuários que buscam o atendimento no serviço: “*E a pobreza do hospital, que eu tenho visto muito a sua falta: é fome, é a falta de dinheiro, é aquela coisa daquele paciente assim, mal nutrido, com cheiro ruim que você sabe que... Acho que é isso o que mais incomoda.*” (P1-3). Apesar de a população ser heterogênea em um hospital de pronto-socorro, verificamos que, em sua maioria, são indivíduos que pertencem a camadas sócio-econômicas inferiores e com baixo nível de educação (JACQUEMOT, 2005). Torna-se, entretanto, interessante observarmos que a miserabilidade da população não é considerada pelo sujeito da pesquisa

como algo que ‘choca’, e sim, que ‘incomoda’. Percebemos, então, que esse discurso carregado de certo preconceito está permeado por uma herança cultural e historicamente construída e que ainda é presente nos hospitais modernos. Diante dessa situação, Pitta (1994, p.39) assim se manifesta:

da profana incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a mortes, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções.

A questão social não pode ser vista, no entanto, com inferioridade ou alheia ao processo de adoecer, já que ela é considerada um dos indicadores de saúde e que exerce forte influência na vida cotidiana do usuário, pois também diz respeito à relação existente entre a doença e trabalho. Conforme Dejours (1992, p.33), “*para o homem a doença corresponde sempre à ideologia da vergonha de parar de trabalhar.*” Dessa maneira, ela pode ser apreendida pelo indivíduo como uma necessidade prioritária que está além da sua própria vida, como desvela este discurso:

E uma coisa que marcou desse atendimento na questão do trauma dele, é porque apesar de todo esse trauma tão grave, ele chegou aqui consciente. Ele tava em choque hipovolêmico, mas ele tava consciente, e a preocupação dele o tempo inteiro, era como ele ia contar para a mãe dele que ele sofreu acidente e como que ele ia fazer para ajudar a mãe dele a partir daquele momento. Então tinha um envolvimento social tão muito grande nisso e por mais que a gente acalmasse, prestasse cuidado, carinho com ele, ele não conseguia desvincular dessa preocupação. Então, da necessidade mesmo dele. E essa necessidade social ela pesa superior a necessidade de sobrevivência dele. Ele não tava preocupado em morrer. Ele não tinha esse medo. Ele não tinha o medo da morte. Ele tinha o medo de como ele ia fazer para continuar ajudando a mãe dele. (E1-2)

Observamos nesse texto que a situação social, que perpassa pela relação entre a doença (o trauma) e trabalho, é o que mais marcou em um dos atendimentos realizados pelo sujeito da pesquisa, pois, nesta ocasião, tal fato superava a necessidade de sobrevivência do próprio indivíduo, já que dele dependia um ente querido. O adoecer, nesse caso, constitui uma

ameaça à integridade; leva à exclusão das atividades e dos papéis sociais que a pessoa desempenhava (LACERDA; VALLA, 2004), além de significar uma incapacidade de produzir, o que institui uma perda social e econômica. Assim, Dejours (1992) lembra que, quando um trabalhador é invalidado pela doença ou sofre as conseqüências de um acidente, *“as compensações materiais, os benefícios de invalidez concedidos não são suficientes para assegurar a sobrevivência da família. Então, às vezes começa o processo inelutável que conduz ao subproletariado.”* (p.33).

Não obstante, o sofrimento do profissional da saúde também pode ser identificado na dificuldade de realizar o trabalho em um setor onde as atividades lhe causam certo desconforto. No hospital em estudo, a Sala de Politraumatizado, considerada a ‘porta de entrada’ ou ‘linha de frente’, é um local onde, além de predominar um saber estruturado e domínio de técnicas complexas, o atendimento tem que ser realizado em tempo hábil a fim de atender às necessidades de urgência/emergência do indivíduo. Somamos a isso, imagens que impressionam, seja pela sua gravidade e/ou dor alheia. Em meio a esse cenário, o sujeito da pesquisa relata que possui limitações para desenvolver o seu trabalho, que perpassa pela sensibilização quanto ao sofrimento do usuário:

(...) apesar da minha dificuldade em questão Poli, que é a emergência, eu tenho é pra mim... Aquela coisa... É muito complicado pra mim. Eu tenho que ver que aquilo tudo tá aberto. Eu tenho que ver essas coisas é complicado. Isso mexe muito comigo! Então isso estruturalmente, eu não tenho essa estrutura de ver aquilo.
(AE1-1)

Percebemos que as dificuldades em realizar o trabalho podem ser apreendidas no momento em que o profissional passa a sensibilizar-se com o sofrer do outro. Dessa forma, ele toma conhecimento do seu próprio corpo e se conscientiza de que também é passível de tal falência. É o momento em que toda a fragilidade corpórea é apreendida, como parte integrante de uma natureza que se esvai.

Diante dessa perspectiva, o ator de saúde pode assumir uma postura ‘fria’ ou de distanciamento diante do usuário, mesmo que inconscientemente, pois se trata de um mecanismo de proteção inerente ao ser humano, o qual é capaz de reconhecer e sensibilizar-se com o outro. Assim, o profissional pode tornar-se ‘insensível’, o que acarreta em um atendimento ao usuário voltado para o biológico, portanto, fragmentado. Insensibilidade no sentido de reduzir o ser humano à queixa ou patologia por ele apresentada. O outro é visto com certa indiferença, objetado. Para esse profissional, a faculdade de experimentar sentimentos de humanidade e compaixão frente ao indivíduo que necessita de cuidados, às vezes, não está imbricada na sua técnica, o que perfaz um trabalho despreocupado com o holístico, o ser ‘como’ e ‘no’ todo, conforme percebemos neste discurso:

Uma outra coisa que, aí eu já olho assim, com a questão da insensibilidade: era uma menina de 15 anos que tava grávida. Eu fui chamar um médico no Poli. Aí chegou a avó com o policial, aí ela começou a passar mal. Aí essa vó relatou que a menina estava brincando durante o dia e começou a passar mal e a entortar. E quando foi à noite, ela passou mais mal, entortando e que ela estava tendo uma convulsão. (...) Só que essa menina de 15 anos começou a gritar porque ela entrou em confusão mental e convulsão. Aí eu já fiquei apavorada, porque na medida que a mãe tinha convulsão, como tava o bebê lá? Então com oxigênio. E pediram avaliação do neuro. Só que por gritar, tá agitada, aquela coisa toda, ele pediu pra que eu contesse as pernas dela. Quando eu cheguei lá pra olhar, as pernas tavam todas edemaciadas. Aí eu falei: “Meu Deus, como eu vou conter a perna dessa paciente!” E o cirurgião plástico ficou o tempo todo segurando porque ele também se sensibilizou com essa menina. Aí o tempo todo eu fiquei preocupada em colocar, eu acabei ficando lá, acabei me envolvendo. Eu corria na pediatria, meus meninos estavam na pediatria, até que ela foi transferida para a Santa Casa. (...) Me incomodou muito a insensibilidade desse neuro. Eles não têm um olhar... É diferente o olhar dum obstetra quanto uma paciente gestante. Aqui no Poli eles não têm essa... Claro, são demandas diferentes. (AE1-1)

Verificamos, no final do discurso, todavia, que o entrevistado se contradiz ao justificar a insensibilidade do profissional médico como aceitável, já que as especificidades dizem respeito às demandas diferenciadas, logo, o olhar de um neurologista é diferente do olhar de um obstetra. Constatamos que tal percepção não passa de um recalçamento que compactua com o modelo biomédico, enquanto prática assistencial, ainda vigente, na atenção terciária. Esse modelo apóia-se nas técnicas diagnósticas e de intervenção voltadas para o biológico, ou seja, para as lesões e patologias. Dessa maneira, ele se afasta do “*sujeito*

humano sofredor como uma totalidade viva” e, portanto, de uma prática assistencial permeada pelo cuidado integral à saúde (LUZ, 2005, p.151).

Notamos nos discursos que os atores de saúde se deparam constantemente com o sofrimento e com a fronteira entre a vida e a morte no cotidiano das práticas hospitalares. A morte entendida como o fim da vida é, para alguns, dolorosa e triste, já que interrompe a ligação do indivíduo com o mundo e com os entes queridos. Assim, muitas vezes, ela é vista com negatividade pela dor que imprime e, por isso, não é pensada e/ou planejada em vida. Observamos que a maioria das pessoas que compactuam com essa linha de pensamento, busca meios de fuga a fim de negá-la durante a sua existência. Por outro lado, ela pode ser vista com positividade ao passo que é apreendida como um ciclo natural da vida, ou como define Boff (2004b), plenitude almejada, uma meta alcançada, lugar do verdadeiro nascimento. É inerente, porém, ao ser humano o sofrimento que dela advém, pois cessa a convivência com uma pessoa amada, determinando sentimentos de perda e luto, conforme o explicitado neste texto:

Eu lembro de uma criança há muitos anos atrás, uma criancinha queimada, que ela tinha uma doença infeliz. Foi uma queimadura pequenininha e que ela veio à óbito. E na hora de morrer ela falava: “não mamãe, deixa eu ir! Eu vou pra um lugar muito bom.” Isso assim me marcou muito profundamente. (E2-7)

A figura da pessoa amada não se limita somente aos entes familiares ou aos amigos muito próximos, mas também aos colegas do trabalho. O ato de trabalhar em conjunto por si só já pressupõe um envolvimento com o outro, uma interação entre pessoas que, mesmo sendo mínima, há um compartilhar. Dessa maneira, o ator de saúde também vivencia, em seu local de trabalho, os sentimentos de perda e luto ao ser cerceado de sua convivência um membro da equipe de trabalho. Observemos a opinião de um dos informantes:

E assim, isso foi uma coisa que só de eu falar eu começo a chorar [mostra-se muito emocionada e lágrimas começam a cair dos olhos]. Eu não gosto de lembrar porque não é que eu não gosto. Eu lembro dela totalmente viva. Eu não consigo ver ela assim morta. É uma pessoa que tá muito presente ainda [choro seguido de uma pausa]. Era uma pessoa assim, que não dá pra entender como é que pode né, morrer tão nova e acontecer... [pausa]. (...) E até teve há pouco tempo antes dela falecer, antes dela ficar pior até, um encontro de UTI. Ela falou muito de morte. A gente falava abertamente olha: “Cê morrer fica consciente, não sei o quê... Não entrega. Vê se você tá... que a vida continua.” Eu falava tudo assim pra ela e isso é uma coisa que eu tenho certeza que ela tem, que ela tem consciência de tudo que aconteceu com ela. Ela teve muito medo de morrer e tudo, mas isso me marcou pra caramba, porque é uma pessoa muito próxima aqui. (F11-10)

É possível perceber, no relato, a presença de uma dualidade no momento entre a vida e morte. Por um lado, está o sentimento de perda, momento de grande sofrimento que desperta emoções envoltas pela tristeza, saudades e nostalgias. Por outro, está a transmissão de força, segurança e calma para aquele que padece, a fim de que este possa levar consigo a lembrança de cada pessoa que fez parte da sua vida e minimizar o seu medo perante o desconhecido.

Essa última atitude também é ofertada ao usuário pelo ator de saúde que, embora sensibilizado, muitas vezes assume uma postura que perpassa pelo oferecimento de segurança e conforto ao cliente que vivencia a sua morte. A condição de sofrer ‘com’ e, ao mesmo tempo, exercer as suas atribuições para amenizar a dor e o medo ‘do’ outro, demonstra a maleabilidade do profissional perante as situações que lhe são apresentadas:

No final, vai ser o exercício da sua profissão e, conseqüentemente, se você é médico e que tá ali para tratar da melhor maneira o paciente e curá-lo, ou se não curá-lo, dar qualidade de vida pra ele, mesmo na doença. Mas dar qualidade, até qualidade não de vida, mas de morte, porque tem muita gente que esquece disso. Essa pessoa que tem que salvar, que muitas vezes o que a pessoa tem que fazer é deixar morrer bem, porque isso é inexorável, a morte. Todos vamos. Então, muitas vezes o que você tem que fazer é dar qualidade pra essa pessoa morrer. (M2-13)

Assim é a natureza do ser humano, que pode ser frágil e igualmente fortaleza frente à dor alheia. Neste último sentido, percebemos que o ator de saúde, apesar de estar envolto pelo sofrimento, busca proporcionar uma morte de qualidade ao usuário, o que aponta para a

integralidade da atenção. Morte esta, permeada pela humanidade e pelo toque de religiosidade, porque o cuidado ao indivíduo não se restringe só ao biológico, mas também à alma:

(...) foi muito marcante o que aconteceu uma vez, de uma paciente que ela tava com Guillain-Barré que não resolvia de jeito nenhum. Ela tava aqui há mais de quatro meses, não mexia um dedo, nada, nada, não respirava. Ela tava muito deprimida e tinha um bebê de poucos meses, e ela tinha aquele medo enorme de morrer (...). Aí essa paciente, um dia eu cheguei pra ela, ela tinha tido uma parada, depois ela tava consciente me olhando, conversando comigo; aí eu virei e falei com ela assim: “Você podia fechar os olhos, pensar em Deus. Pensar que você não vai resolver tudo na vida e deixar realmente na mão dele. Deixar Deus fazer o que quiser da sua vida. Cê tá com muito medo. Não tenha esse medo todo não. Pega aqui na minha mão. Eu vou rezar pra você e você vai fechar o olho e pensar nisso”. Aí essa paciente faleceu na mesma hora sabe. E não falei pra ela morrer, mas eu tava sentindo que ela tava com muito medo. (...) Isso ficou muito marcado pra mim, porque depois eu pensava nisso e sempre rezava por ela pensando que aquilo não era nunca o que eu queria que fosse pra ela, mas quem sou eu para decidir o que é ou não né. (F11-10)

Os enunciados revelam, portanto, que o profissional forma um vínculo com o usuário, compadecendo-se do sofrimento vivenciado nesse encontro. Diante de tal impasse, o trabalhador curva-se diante da morte e recorre ao acalanto da intervenção divina, a fim de apaziguar o seu sentimento de frustração, indignação e impotência ante o padecimento do seu semelhante e, ao mesmo tempo, que ela possa cessar a dor e o medo da morte deste. De acordo com Viana (2001, p.53), *“ao pedir a intervenção divina junto ao sofrimento, clama pela presença de Deus na imposição de uma barreira à dor compartilhada, para que essa se desvencilhe das vidas que estão em jogo: a vida do paciente e sua vida de profissional.”* Assim, a religiosidade é apreendida principalmente nos momentos de infortúnio e de sofrimento, como forma de imprimir um sentido para a vida. A família, em meio ao paradoxo vida e morte, não deve ser excluída, pelo contrário, deve ser amparada cabendo-lhe o direito de vivenciar o luto, já que lhe é cerceada a convivência com o seu ente querido. O ator de saúde, no entanto, em meio aos sentimentos incitados pela dor alheia, enfrenta a árdua tarefa de propagar o sofrimento ao noticiar o infortúnio à família, resignando-se diante da morte. Logo, ele torna-se sensibilizado frente à possibilidade de falência a que também está sujeito:

Eu já vi uma funcionária nossa que perdeu um filho baleado, o outro filho baleado e, no terceiro, foi eu que falei pra ela que ele tava morto, baleado. Chorava eu, chorava ela. Ela chorava e eu tentando contar, eu chorava também! Porque eu não conseguia! Eu sou mãe e na minha cabeça falava: “Ô gente, como é que pode! O quê que a vida tá fazendo com essa mulher?” [silêncio]. Um após o outro, todos baleados entendeu. Eu tenho que contar pra ela que o terceiro filho dela tava morto sabe! Então assim, Nossa Senhora! [mostra-se inconformada]. (M2-13)

Em face do exposto, notamos que o ator de saúde é capaz de transformar o sofrimento do outro em instrumento de aprendizagem, o que o leva a valorizar cada vez mais a própria vida. Dessa maneira, observamos que o profissional não se esgota na curva biológica do homem exterior, pois é inerente ao indivíduo uma outra curva de vida que trata do âmbito pessoal, como atesta Boff (2004b, p.36). De acordo com este autor, “*ela está sob o signo inverso da precedente: inicia pequena como um gérmen e vai crescendo indefinidamente.*” Refere-se, portanto, ao crescimento interior por meio das vivências e experiências saboreadas no decorrer da vida, em que há uma abertura do “*coração para o encontro com o tu e com o mundo.*” (p.36). Ao contrário da curva biológica do homem exterior, a curva pessoal e do homem interior é permeada pela comunhão e pela doação de si mesmo no encontro com o próximo, momento em que se dá a construção da personalidade de forma infundável, assim o autor diz: “*quanto mais tem a capacidade de estar-nos-outros, tanto mais está-em-si-mesmo, se torna personalidade e cresce nele o homem interior*” (p.36).

Sua posição é corroborada por um dos entrevistados:

(...) em dez anos aqui é muita coisa que você vê. Você sempre vê uma coisa e pensa que aquilo é o pior. Depois você vê que não, ainda tem outra coisa pior entendeu. E ao mesmo tempo isso tudo te faz crescer, porque você vê o lado pior e, ao mesmo tempo, bom das coisas porque as pessoas tão sempre lutando, tão sempre querendo tá melhorando e isso acontece com a gente. (F11-10)

Percebemos, então, que o ator de saúde está em constante contato com pessoas que necessitam de cuidados no âmbito hospitalar. Este cenário, repleto de sofrimento, impõe o exercício de atividades agradáveis ou não, muitas vezes repulsivas, ou “*um exercício*

cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas.” (PITTA, 1994, p.62). Apesar disso, constatamos que os trabalhadores não estão imunes ao sofrimento alheio, pois também são seres humanos passíveis de falências, portanto, compadece com os mesmos. Nesse cotidiano, em constante movimento, o sofrimento inicialmente pode levar ao distanciamento entre as pessoas, mas é possível observarmos o contrário. Por trás dos aparatos tecnológicos, ele tem uma função apaziguadora ao minimizar o distanciamento entre os indivíduos (usuários/profissionais/equipe), que passam a compartilhar dele. Todavia, no âmbito do sofrimento, a instituição deve proporcionar um espaço de discussão e apoio aos seus trabalhadores, com o objetivo de oferecer-lhes melhores condições de trabalho e de saúde, o que pode ser conseguido por meio do movimento de humanização, um dos pilares da integralidade de atenção, como já discutido anteriormente.

3.3. INTERSETORIALIDADE: PARA SE REPENSAR A REDE DE CUIDADOS

O sentimento de impotência do ator de saúde frente às necessidades do usuário, também é percebido ao discutirmos como se dá a intersectorialidade no hospital e no sistema de saúde. Com a finalidade de superar a fragmentação no cuidado ao indivíduo no ‘micro’ e ‘macroespaço’ e garantir que esse esteja pautado na integralidade da atenção, a intersectorialidade, enquanto prática social, concretiza o modelo de assistência vigilância à saúde. Assim, ela imprime um novo arranjo de intervenção mais democrática no âmbito da saúde, questiona os efeitos das ações setoriais e os problemas advindos do modelo médico hegemônico. Dessa maneira, ela se encontra em construção nas práticas do cotidiano por meio das necessidades ampliadas de saúde dos usuários e pela constatação de que os setores possuem limites para enfrentar os mais variados problemas da população. Mendes (2006, p.244) afirma que *“a vigilância à saúde implica ação integral sobre os diferentes momentos*

ou dimensões do processo de saúde-doença.” Segundo esse autor, ela organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção.

De posse disso, percebemos que integralidade e intersetorialidade estão intimamente imbricadas nas práticas cotidianas da saúde. Dessa forma, Cecílio (2001) constata que a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço, deveria ser obtida a partir do esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades do usuário complexas ou não, captando-as em sua expressão individual. Em contrapartida, quando pensada em uma rede de serviços, ela deveria ser compreendida pela equipe de saúde como um ‘movimento’ que não se dá em um só lugar, *“seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.”* (p.117). Assim, os dados nos levam à necessidade de discutirmos a intersetorialidade como uma das dimensões da integralidade da atenção sobre os dois pilares: a intersetorialidade no hospital e no sistema de saúde.

3.3.1. A intersetorialidade no hospital: espaço permeado por rivalidades

Segundo Mendes (2006, p.252), *“o suposto da intersetorialidade está no fato de que a ação completa não ocorre num setor singular mas exige a solidariedade de distintos setores.”* Entretanto, não é isso que o sujeito da pesquisa revela em seu discurso. Para ele, *“cada andar é um hospital. Cada andar se diz de uma norma diferenciada, e o ambulatório também não foge a esta regra.”* (ASI-4). Corroborando, outros informantes ressaltam que o hospital de pronto-socorro em estudo pode ser dividido em dois *lócus* diferenciados: um trata da unidade de emergência e o outro da unidade de internação. Os discursos revelam, portanto,

que na instituição existem diferenças quanto à estrutura organizacional, pois os trabalhos são dissonantes. Diante disso, podemos afirmar que há uma fragmentação dos processos de trabalho dentro da instituição, o que leva à realização de atendimentos individualizados e distintos, muitas vezes, sem interlocução entre os setores, logo, não direcionados para a integralidade da atenção. Cada unidade trabalha de forma própria e desarticulada:

A impressão que eu tenho é que, às vezes, são dois hospitais [risos] tá, a parte horizontal [refere à unidade de emergência] do hospital e a vertical [unidade de internação]. A gente mal se cruza no cartão de ponto! Parece que são dois hospitais diferentes. (...) Eu tenho colegas cirurgiões que eu passo, vou te falar que não é meses não, é anos sem ver! Trabalham na parte vertical do hospital. (M2-13)

Aqui são dois hospitais distintos. Lá embaixo é um hospital [refere à unidade de emergência], aqui em cima é outro hospital [refere à unidade de internação]. Até a forma de abordagem do paciente é completamente diferente. Lá embaixo é tudo muito urgente, tudo muito isso, tudo muito aquilo. Aqui a coisa é mais calma, mais tranqüila. E a comunicação eu acho que não existe também, é muito falha. (E2-7)

Parecem dois hospitais diferentes. Como se fosse, completamente separado, distinto, e o que a gente percebe é, por exemplo, que na urgência/emergência pode tudo. A urgência/emergência explica tudo, justifica tudo. Então o que acontece lá, acontece porque é urgência, acontece porque é porta aberta, acontece porque é emergência. E até essa característica de ser porta aberta, então lá pode lotar o ambulatório, pode lotar o setor, pode ficar um paciente colado um do lado do outro porque a urgência justifica, permite que pode tudo. Na internação não. Então na internação você tem que ter o leito pronto, você tem que ter a equipe disponível. Se falta funcionário no andar, aí não admite o paciente porque faltou funcionário no andar. Se falta na emergência, você atende da mesma forma. Os pacientes continuam entrando da mesma forma. Então assim, é totalmente distinto. E até a estrutura organizacional também é diferente. Se trabalha de uma forma na internação que não se trabalha da mesma forma na unidade de urgência. Separa, é diferente. Não existe uma preocupação com o que tá acontecendo na urgência. Então assim, a característica, por exemplo, das subidas e das descidas de paciente: se você vai subir com o paciente para a unidade de internação, você tem que fazer um contato com o enfermeiro, tem que conseguir a vaga; se não tem a disponibilização de roupa de cama, você tem que conseguir a roupa de cama senão você não sobe o paciente. Isso não acontece no fluxo inverso. Se vai descer um paciente do andar, o paciente desce, chega no Poli lotado, você não sabe que o paciente tá descendo, você não tem nenhuma fonte de oxigênio disponível, paciente tá com cama dentro do Poli da mesma forma como se fosse um paciente externo. Então, até na relação de respeito mesmo existe essa diferença da unidade de internação pra a unidade de emergência. (E1-2)

Percebemos no relato que na unidade de emergência o atendimento é tumultuado e desorganizado e que há, ainda, uma crença de que neste local ‘tudo pode’, talvez explicado pela característica de ser este o *locus* que lida com a demanda espontânea e referenciada,

configurando um atendimento realizado de forma imediata e urgente, além de estar permeado pela ansiedade e stress exacerbados: *“Aqui, por exemplo, aqui na emergência eu tenho que atender na hora. A coisa não é planejada. (...) Mas é diferente do andar, porque no andar a pessoa tá internada.”* (P2-6). Dessa forma, a unidade de emergência é vista como um local onde o caos se justifica, pois é a ‘porta de entrada’ do hospital que se encontra permanentemente aberta; mesmo que não tenha mais capacidade de oferecer uma assistência de qualidade devido à superlotação e/ou à falta de materiais, o atendimento ao usuário não cessa, diferentemente da internação, onde se dá um atendimento mais organizado devido à demanda limitada. Assim, um dos sujeitos da pesquisa nos diz:

(...) eu vejo o atendimento muito fragmentado na emergência, tanto do enfermeiro quanto dos outros profissionais. Cada um faz um pedacinho, não vê o paciente como um todo e a gente não tem muita seqüência. Não sei se é porque eu não tenho costume de trabalhar lá. Você tá aqui atendendo o paciente, você olhou pro lado, na hora que você voltou aquele paciente já sumiu. Ninguém dá notícia, ninguém sabe pra onde ele foi. Tem que procurar. Você até acha, mas eu acho muito fragmentado, muito corrido, volume é muito grande e a gente não se atém muito ao paciente em si; você atém mais ao número, à clínica que ele é, etc e tal, e mesmo na parte médica eu acho muito fragmentado. (...) Na internação eu já acho diferente. Acho que aqui a gente já vê o paciente como um todo, tem uma equipe que trabalha em cima dele; é fragmentado também, mas cê tem uma seqüência. Você consegue ver o paciente, você consegue entender as dificuldades dele, a família cê tem contato (...). (E2-7)

Observamos que no cenário em estudo existe um ‘clima’ de disputa, mesmo que inconscientemente, com relação ao trabalho exercido entre os profissionais que atuam na emergência e na internação. Acrescemos a isso, o desconhecimento do trabalhador de como os atendimentos são realizados nas duas instâncias, o que gera uma lacuna entre elas e determina um espaço de rivalidades e, até mesmo, de ‘desrespeito’ entre os atores de saúde. Assim, o ambiente de trabalho pode, em algumas situações, tornar-se hostil. Quadro esse também agravado até pela diferença salarial existente entre os dois domínios, como constata o informante E2-7. Diante dessas situações, notamos que mesmo sem conhecer o funcionamento e o trabalho realizado no outro setor, os sujeitos da pesquisa arriscam palpites,

muitas vezes, sem fundamentos e/ou baseados em comentários alheios, já que se demonstram conformados em continuar complacentes com tal situação, ou seja, no desconhecimento:

Acaba que a gente não tem uma experiência de como isso funciona né, lá embaixo a urgência. A gente sabe que funciona bem, mas que... Eu não teria muito uma riqueza pra te colocar. (...) Então, eu acho que os andares, que é a experiência que eu tenho, ele tem um funcionamento bem específico, bem qualificado. A urgência a gente sabe que funciona, mas tá muito... E o objetivo do hospital é todo voltado pra urgência. Então, tudo de melhor, provavelmente, acontece nas urgências. (P1-3)

Na urgência e emergência, lá a equipe é mais treinada também, qualquer procedimento é feito imediatamente, sangue, qualquer coisa assim eles chamam com mais urgência é resolvido. Nos andares, aqui não tenho muita experiência não. Nunca trabalhei nos andares, aí eu não posso dizer. (M1-8)

Acho que a urgência/emergência é até um lugar muito grande de destaque aqui no hospital. (...) Assim, eu não posso falar muito dos andares, porque eu tive pouquíssima vivência esses vinte e um anos todos; a minha vivência é noventa e nove por cento de ambulatório. (AS2-11)

Eu acho que o atendimento lá [refere à unidade de emergência], pelo que eu conheço, pelo pouco que eu conheço, é mais, como é que pode dizer, é mais difícil de ser dado uma seqüência. Não é como aqui [refere ao CTI], que aqui o paciente fica e é olhado porque é intensivo e a gente tá o tempo todo né. (...) eu percebo que tem um desmembramento pra onde que o paciente vai, com quem que ele está. Nessa parte eu acho que fica um pouco desfalcada de não ter um direcionamento, uma pessoa que seja o dono do paciente, não tem lá fora. Lá, o paciente fica mais solto e, às vezes, a família fica mais desesperada. (...) Não sabe a quem ele procura. Eu sinto isso um pouco lá, agora igual eu falei, aqui eu domino mais. O que passa lá fora não posso nem falar muito porque não é o que eu vejo (...). (FI1-10)

Existe até uma rivalidade, que lá embaixo ganha mais do que nós aqui em cima. (...) Tem os 10% da emergência. Quem trabalha na emergência ganha; nós da internação não ganhamos. Então, trabalhando junto com você, entramos na mesma época, o seu salário por ser da emergência é maior do que o meu por ser da internação. Então isso também cria uma rivalidade. (E2-7)

Essas diferenças entre as unidades de emergência e de internação só consolidam um processo de trabalho fragmentado e longe das ações intersetoriais. Assim, o discurso revela a necessidade da ‘linha do cuidado’, que, segundo Malta *et al.* (2004), deve ser estabelecida por meio da rede microinstitucional, a fim de contemplar as necessidades do usuário de forma sistêmica:

Assim, quando ele é direcionado igual aqui [refere ao CTI] é mais fácil porque o plantonista tá ali por conta dele. Agora lá fora [unidade de emergência], eu acho mais complicado, porque pelo que eu já senti aqui, desde a época que eu tô aqui, que eu já fui correr atrás quando tem alguém que eu conheço lá fora, é complicado

essa sintonia de onde o paciente vai, pra onde que ele, com quem que ele fica, quem que tem que olhar agora, quem que não olhou. Isso eu acho um pouco complicado lá fora. É mais difícil. (...) Eu acho que deveria ter uma linha ao paciente que ele vai ser seguido ali. (...) ele fica um pouco desmembrado né. (F11-10)

O cuidado no âmbito hospitalar depende de esforços multidisciplinar e interdisciplinares, logo, ele necessita da conjugação e articulação do trabalho realizado pelos atores de saúde nos diferentes setores do serviço. Dessa maneira, faz-se necessária a criação de espaços dialógicos, contemplando a comunicação como um elemento imprescindível da estrutura organizacional de uma empresa, porém não é o que se observa no cenário em estudo, como salienta o entrevistado: *“Existem falhas na comunicação, mas falhas do tipo: ‘Eu tenho o meu pedaço. O meu pedaço é urgência. Eu tenho um paciente que eu estou precisando liberar, então tô precisando que vocês arrumem um leito pra mim. Se virem!’”* (FO1-15).

Diante dessas constatações, Mendes (2006, p.253) ressalta:

A questão fundamental da intersetorialidade é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. (...) Isso exige intervenção psicopedagógica que abra mentes e corações e um método do agir compartilhado que é o planejamento. Desse modo, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese.

Assim, para esse autor, o que caracteriza a intersetorialidade *“é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo e, conseqüentemente, a sua pedagogia é a da comunicação.”* (p.252). Dessa forma, a comunicação apreendida na acepção de Xavier e Guimarães (2004) como tarefa de recompor, integrar, funda um parentesco com a integralidade. Nessa perspectiva, a comunicação rompe a barreira entre ‘mim’ e o ‘outro’ rumo à unidade e pode assumir um caráter de negociação da integralidade, na dimensão do diálogo, no sentido de articular conhecimentos e experiências. De posse disso, verificamos no cenário em estudo que tal concepção é almejada pelo atores de saúde em sua prática cotidiana ao tratar da falta de integração entre as unidades de emergência e

internação e entre os setores constituintes das mesmas. O modo, porém, como o trabalho se configura na instituição prenuncia a distância entre o desejo e a sua concretude:

A palavra vem de integrar, exatamente isso né. Falta talvez isso, com relação a uma melhor integração entre esses dois setores do hospital [refere à parte vertical e horizontal do hospital], como eu acho que falta em relação a outros. Eu gostaria, por exemplo, de transitar melhor em outros setores do hospital, tipo CTI. (M2-13)

Eu acho que falta um pouco de comunicação: “Esse pedaço é o meu que é a emergência.” Se o paciente vai pra internar eles tão mandando o paciente pra você: “Leia no prontuário as informações que você precisa”. Eu acho um pouco falha a comunicação nesse sentido. Eu acho que até porque esse perfil de urgência e emergência, as pessoas têm na cabeça que tudo precisa ser rápido, às vezes passa por cima umas das outras, e acho que falha a comunicação. (FO1-15)

(...) nós tivemos um paciente que tinha rompimento de artéria poplítea e ele apresentou um sangramento que quase o levou à óbito. Nós chamamos a emergência várias vezes, e como já fomos caracterizados que lá [refere a um dos setores que constitui a unidade de internação] não tem serviço, até por uma grande coordenadora daqui... Eu precisei descer nesse setor [unidade de emergência] e gritar que a gente tava com um paciente parando no andar! (AE2-9)

(...) então eu acho que como eles tão abarrotado de trabalho lá embaixo, nem sempre eles tem tempo de discutir um caso com o pessoal da internação. Então isso eu vejo, por exemplo, acontecer quando um paciente piora aqui no andar, e se no momento não tem nenhum profissional pra atender aquele paciente, por exemplo, da classe médica, é difícil que eles subam lá de baixo para vir até aqui. Talvez porque eles estejam sobrecarregados lá embaixo. (FI2-12)

Em face do exposto, a intersetorialidade pode ser aqui entendida como uma abertura a espaços democráticos de participação, negociação e de cooperação dentro da instituição, onde os atores de saúde (atores sociais) possam articular e compartilhar os saberes por meio do diálogo, construindo-se novas linguagens, enquanto ferramenta renovável, no modo de operar a saúde/doença e nos processos de trabalho no âmbito hospitalar. A integralidade nessa dimensão deve ser pensada, portanto, como um esforço coletivo dos atores de saúde e gerência em promover espaços dialógicos ‘nos’ e ‘entre’ os diversos setores constituintes do hospital. Tal medida leva à reflexão e ação no cotidiano do serviço sobre a micropolítica do trabalho e imprime uma assistência mais solidária e digna de louvor. Dessa forma, em um ambiente tão complexo como o hospital, faz-se necessário respeitar a singularidade setorial,

mas há o reconhecimento de que ela possui limitações, o que exige olhares de natureza intersetorial.

3.3.2. A intersetorialidade no sistema de saúde

Conforme o texto constitucional, o Sistema Único de Saúde é constituído por ações e serviços públicos que formam uma rede hierarquizada. Nesse sentido, a noção de sistema remete à idéia de um conjunto de instituições ou ações coordenadas entre si, o qual se conforma em um todo organizado. Assim, os serviços de saúde se arranjam em níveis de atenção que variam segundo as suas respectivas densidades tecnológicas, na busca de garantir a resolubilidade de problemas de saúde da população (MENDES, 2006).

Dever-se-ia, diante dessa perspectiva, segundo o mesmo autor, pensar tal sistema como uma rede de serviços que *“exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e informações, gerenciais e tecnológicas, por meio dos diferentes níveis do sistema.”* (p.277). Para tanto, haveria de estar garantida a ‘linha do cuidado’, a qual se inicia na entrada do usuário no sistema, seja na atenção básica ou nos serviços de urgência/emergência. De acordo com Malta *et al.* (2004), o ‘caminhar’ do indivíduo nessa rede deveria ser realizado com segurança e sem obstáculos, em prol de uma assistência de qualidade, rumo à integralidade do cuidado. Contribuindo com a discussão, Hartz e Contandriopoulos (2004, p.331) afirmam que neste aspecto a integralidade

remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Cecílio e Merhy (2003, p.199) salientam, todavia, que “*o conceito de ‘sistema de saúde’ denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática.*” Sob este olhar, os discursos dos atores de saúde do estudo revelam uma deficiência da rede de serviços enquanto ação intersetorial, já que, muitas vezes, não propicia a ‘linha do cuidado’. Para eles a assistência desarticulada não dá conta de satisfazer as mais diversas necessidades do usuário. Logo, apesar de o cenário em estudo ser um hospital de pronto-socorro, onde uma das queixas no trabalho cotidiano é a superlotação, o profissional opta por manter o cliente no interior da instituição a transferi-lo para outro serviço, o que demonstra uma postura clara de descrença quanto aos outros cenários e quanto à resolutividade do sistema, como podemos observar:

Apesar de ser a saúde muito deficitária, muitas vezes a gente chega até um certo limite que a gente continua o tratamento aqui, embora o paciente precisa continuar mais propedêutica, internação, a gente continua aqui fazendo o tratamento e a propedêutica até onde dá aqui, mesmo que seja no ambulatório ou no corredor; o paciente não sai. (M1-8)

Como atestam Cecílio e Merhy (2003, p.209), “*a integralidade do cuidado é tarefa de rede*”, e o hospital é apenas uma das estações. Dessa maneira, a fim de garantir a continuidade de assistência do usuário, deveria haver uma preocupação e esforço dos profissionais de saúde e gerentes em articular e negociar com os atores de outras instâncias de cuidado e, até mesmo, com representantes dos órgãos competentes, na tentativa de buscar meios para resolver tal impasse. Maior do que a ‘boa ação’ dos trabalhadores, porém, está arraigada no seio da sociedade uma carência na área da saúde vivenciada no cotidiano, que perpassa tanto pela insatisfação dos mesmos quanto pela dos usuários frente à insuficiência dos serviços disponibilizados. Diante dessa realidade, o entrevistado chama a atenção para a Central de Internação, a qual apresenta uma deficiência quanto ao número de leitos disponíveis para serem ocupados. Além disso, o contato com tal serviço tem que ser realizado

quase que diariamente, já que os casos são atendidos de acordo com a gravidade e ordem de chegada do pedido de internação:

Uma situação que eu acho muito difícil mesmo é a carência da área de saúde. O paciente tá com quadro aí de insuficiência cardíaca, quadro de insuficiência renal, você precisa transferir uma aneurisma, você tem que ficar pedindo a central de leitos todo dia. Liga duas, três vezes pra lá e fala: “O paciente tem que sair desse hospital, tem que ir pra outro lugar.” Então, é uma coisa que marca muito porque a gente vê a deficiência do sistema de saúde. Uma enganação também. O paciente, às vezes, tá lá fora tratando pouco tempo. Vai em um, dois, três, quatro, cinco lugares pra tratar de uma cólica renal. O pobre coitado já tá sofrendo tantas horas! Ninguém é capaz de atender ele. (...) mesmo sendo um hospital destinado ao trauma, a gente tem que dá esse acolhimento aí. Resolveu pouca coisa, as coisas do paciente. Mas tem assim, pára porque o paciente precisa de dar continuidade de internar, de continuar em outro lugar, e fica parado aqui no corredor esperando transferência. (M1-8)

Não obstante, percebemos no discurso um sentimento de frustração do profissional, principalmente ao constatar que o usuário, muitas vezes, se esbarra com acessos negados por outros serviços pertencentes aos níveis primário, secundário e terciário da atenção. Assim, o hospital de pronto-socorro torna-se a última alternativa para alguns indivíduos que procuram por atendimento. O caso que poderia ser resolvido em outra instância passa a ser de responsabilidade da instituição, porém não é um atendimento satisfatório na visão do entrevistado, baseado na melhor escuta, e sim, voltado somente para a queixa, haja vista ser o modelo médico hegemônico o vigente na unidade hospitalar. Dessa forma, pode ser mais uma pessoa na fila de espera para transferência, seja intra ou extra-hospitalar. Em alguns casos, observamos, após a alta hospitalar, a realização de encaminhamento do usuário para as unidades do SUS quando possível, mas tal realidade é ainda diminuta e demonstra que a contra-referência é ainda incipiente no nível terciário da atenção e não tem sido realizada, portanto, de forma satisfatória pelo hospital de pronto-socorro. Um dos sujeitos da pesquisa assim nos diz:

Depois que o paciente tem alta, a gente não tem ambulatório pro paciente poder voltar e retornar. Então, geralmente, esses pacientes são encaminhados pra clínicas ambulatoriais gratuitas. Então são encaminhados para serviços do SUS fora daqui. (FO1-15)

O mesmo entrevistado faz, ainda, uma ressalva quanto ao cuidado realizado durante o atendimento ao usuário. Para ele, o cuidado ao cliente é de responsabilidade do hospital, *“desde a sua entrada até a sua alta hospitalar.”* Como se trata de uma unidade de urgência/emergência, o volume de atendimentos é alto devido haver uma elevada demanda tanto espontânea quanto referenciada. Dessa maneira, muitas vezes, não há como saber qual a realidade do indivíduo em seu cotidiano com relação à oferta de serviços de saúde, nem mesmo qual o seu percurso até a instituição ou como se dará a continuidade e a qualidade assistencial. O que percebemos é que não há garantias de como será a sua assistência, já que o próprio pronto-socorro segue funcionando baseado na queixa-conduta e de forma reducionista, logo o cuidado é fragmentado. Assim, temos a impressão de que o cuidado se perde em meio aos fluxos de usuários na rede de serviços, principalmente, quando se trata da reabilitação, denotando uma ação intersetorial falha e que não está voltada para a integralidade da atenção. Em face disso, Cecílio e Merhy (2003, p.199) ressaltam que mais do que um ‘sistema’, *“dever-se-ia pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam.”* Este trecho confirma tal posicionamento:

Eu acho que, às vezes, falta um cuidado mesmo com o doente. Esse doente é nosso enquanto tá aqui, depois que ele sai o cuidado se perde. A gente não tem noção pra onde esse paciente vai, quê que esse paciente vai fazer. Aqui é um hospital de urgência, tá sempre entrando gente; então, tá sempre tendo que sair, você não sabe por onde esse paciente passa, pra onde que ele vai, que tipo de cuidado que ele vai ter. Então, por ser até um hospital de urgência perde um pouquinho. Você atende a urgência, esse usuário vai embora e a gente não tem mais... O que vai ser da vida dele daqui pra frente? E isso pela parte de reabilitação também. Muitas vezes sai daqui muito seqüelado e tal e pronto. Recebeu o atendimento de urgência, de emergência, e daqui saiu, acabou. Isso eu percebo muito, de não ter esse compromisso pós, que é a reabilitação, a gente não tem isso aqui. (FO1-15)

Nesse contexto, questionamos: para onde vão aqueles que não têm quem deles cuide? Quem é o responsável pela garantia de uma assistência continuada pautada na ‘linha do cuidado’, enquanto ação intersetorial, portanto na integralidade da atenção? São os dirigentes do Estado? São os gestores das unidades de saúde? Muito mais do que apontarmos a priori os culpados, são necessários investimentos no âmbito coletivo a fim de criar serviços e discutir políticas de natureza intersetorial. Para superar tal panorama, torna-se urgente resgatar um compromisso ético com a vida, ao garantir-se uma assistência integrada e articulada para a população, em que se cumpra a saúde como um direito de todos e dever do Estado, como estabelecido pelo texto constitucional. Observemos o que dizem os informantes:

Então eu pensei assim: esse paciente vai sair do João XXIII, vai ter alta, a perspectiva de vida dele não é muito grande, é um TRM tetraplégico; ele vai voltar pro interior onde ele mora sozinho, não tem ninguém pra cuidar. (...) Só que eu fiquei pensando como que é o serviço público: foi admitido aqui, mas depois que ele sair daqui, tiver alta, ele não tem família pra cuidar. Então é o Estado que se responsabiliza? Não existe um serviço público pra cuidar desse paciente. Então ele vai ficar jogado à própria sorte né. (FI2-12)

Outra coisa que me incomoda também, paciente debilitado, paciente vive na rua. Ele vive na rua, ele anda na rua, ele mora na rua. Aí tem um acidente com ele. O quê que acontece? Ele quebra a bacia. Ele tem que ficar quarenta dias de repouso. Agora eu te pergunto: aonde? Porque aqui no hospital ninguém quer nem saber! Ou, é brincadeira! [mostra-se indignada]. “Aí, tem que ficar quarenta dias de repouso?” “Tem.” “Ah, então manda pro serviço social.” Aí o serviço social tem que arrumar cama, comida e roupa lavada, e agora eu te pergunto: aonde? (...) Aí tem aqueles livros maravilhosos da Prefeitura, se você ainda não teve acesso a um eu posso te mostrar, que tem aquele monte de trabalho da Prefeitura, aquele monte de casa, aquele monte de abrigo (...). Cê não acha uma vaga! Ninguém quer! “Ah, mas nós não temos condição de ficar com o paciente que tá debilitado.” Mas se ele não tivesse debilitado, ele poderia ir embora pra rua porque é lá que ele vive né! Não tem, não existe recurso pra gente. Então assim, a gente pena muito viu. (AS2-11)

Podemos dizer, então, que a intersetorialidade visa a garantir o atendimento de uma demanda social, por meio da interlocução, negociação e responsabilização dos diferentes atores que compõem as instâncias municipal, estadual e federal. Além de ser necessário discutir as relações interinstitucionais, devemos, também, refletir as relações intrainstitucionais como ponto de partida na busca de um ‘sistema sem muros’. Sob essa ótica,

a intersectorialidade vai de encontro às premissas da integralidade ao ser tratada como uma ação social que, embora respeite e valorize as ações setoriais, resulta de um trabalho coletivo. Tudo isso perpassa pela interação democrática entre os diversos atores no cotidiano de suas práticas com vistas a garantir a continuidade do cuidado em saúde, tanto intrainstitucional quanto entre os diferentes níveis de atenção do sistema. Assim, há de se pensar em “*uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis*” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.334), a fim de imprimir-se uma prática mais cooperativa e solidária entre os mesmos e para com os usuários.

3.4. O TRABALHO DE EQUIPE EM SAÚDE

A integralidade da atenção no cotidiano hospitalar necessita de ações de cada profissional e da equipe como um todo para ser alcançada em sua forma mais ampliada possível. Dessa maneira, ela é fruto de um trabalho em que coexistem profissionais de diferentes áreas de concentração que atuam em conjunto e desenvolvem uma prática com saberes articulados. Nesse contexto, os discursos revelam as percepções dos sujeitos da pesquisa acerca do que seja trabalho de equipe em saúde e a forma como é realizado no cenário em estudo. Para tanto, uma primeira aproximação se refere à constituição por diferentes personagens do hospital, em que cada um deve contribuir com o seu conhecimento no atendimento ao usuário sem fragmentá-lo:

Ah, um trabalho de equipe eu acho que é um trabalho em que todos os profissionais estão envolvidos no mesmo processo com um único objetivo, que é o paciente. (AS2-11)

(...) cada um fazendo a sua parte em prol do paciente. O nosso objetivo aqui é o paciente. (...) E o trabalho em equipe é isso: ver o paciente como um todo, não como um pedacinho. (E2-7)

O trabalho de equipe envolve todos os personagens que trabalham no hospital: serviço social, enfermeiro, técnico, os especialistas, clínico, cirurgião... O trabalho de equipe em saúde é todo mundo dando a sua contribuição, desde o faxineiro até o nosso diretor. (TE1-5)

Observamos que cada trabalhador detém um saber próprio e funções diferenciadas, porém com os mesmos objetivos que dizem respeito à responsabilidade de garantir o cuidado necessário para o usuário que procura o serviço. Assim, poderíamos falar em time de trabalho que, conforme Alves *et al.* (2004), se refere a uma equipe fundamentada em um conjunto de indivíduos associados que buscam uma ação comum, com determinado fim. É possível percebermos, no entanto, uma lacuna nos relatos, pois não foram explicitados a forma e os caminhos como cada membro da equipe pretende alcançar os objetivos comuns.

Uma segunda aproximação do que seja trabalho de equipe introduz a idéia de interação entre os profissionais, que, na perspectiva de Peduzzi (2001, p.105), “*funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo.*” Dessa maneira, os discursos ressaltam a importância da não fragmentação do processo de trabalho, já que dois ou mais sujeitos se interagem para coordenar as ações em comum acordo e buscam atender às necessidades do indivíduo de forma ampliada:

(...) todos os profissionais interagindo, conversando, discutindo caso pra melhorar o sujeito. Eu acho que trabalho em equipe de saúde deve ser para todos os ângulos, não por uma patologia, ou por unidade, ou por sexo, ou por qualquer coisa. (E2-7)

É você perceber que aquela parte ali é do outro profissional e que ele é capaz de resolver aquilo ali e, que eu preciso estar interagindo com ele pra solicitar o que precisa. (...) É você perceber que você não pode tá sozinho trabalhando e nem deixar que o paciente precise daquilo que tá sendo solicitado. (FI1-10)

Os integrantes, ao trabalharem em equipe, devem buscar interagir um com o outro, para configurarem espaços dialógicos, onde os mais variados conhecimentos são colocados, valorizados e assimilados nas discussões, de forma que possam se somar a fim de imprimir ações que respondam às necessidades ampliadas do usuário. Nessa dimensão, insere-se no

contexto do trabalho de equipe a noção de ‘papéis’, que remete ao exercício de uma função desempenhada pelos profissionais. Cada um deve procurar exercer o seu ‘papel’ com reconhecimento e respeito quanto ao trabalho do outro. Cada trabalhador, na sua especialidade, deveria complementar o seu saber com outros saberes, de modo a conformar um trabalho realizado em conjunto, interdisciplinar. Alguns dos entrevistados assim se manifestam:

Eu acho que, hoje em dia, existem papéis dentro de uma equipe e cada um tem que fazer o seu papel para atender melhor o paciente. (...) Então, eu acho que trabalhar em equipe é saber que cada um tem o seu papel, que cada um tem aquela área específica que vai atender, e isso tudo em conjunto para melhorar o atendimento ao paciente. Eu acho que equipe é saber que um faz e o quê o outro faz, porque não adianta eu fazer sozinho, o outro fazer de outro jeito, eu querer fazer de um jeito e o médico querer fazer de outro. Acho que equipe é o trabalho em conjunto. (FO1-15)

Todas as disciplinas interagindo uma com a outra. É o médico, a supervisão, a coordenação... Todo mundo sabendo o quê que tá acontecendo porque ninguém trabalha sozinho. A equipe de saúde pra mim é isso. Todos sabendo o que tá acontecendo. Todos se ajudando. (AE2-9)

Ninguém achar que é melhor que o outro. Não, cada um tem o seu papel. E a gente respeitar o papel do outro. (...) O quê que é melhor para o paciente? Eu acho que no final, a gente tem que ter sempre isso em mente: o que é melhor pra aquela pessoa entendeu. (M2-13)

Os discursos revelam que a interdisciplinaridade é fundamental para se realizar o trabalho de equipe em saúde, a qual almeja a integralidade do cuidado por meio da soma de olhares dos distintos profissionais que a compõem. Tal assertiva remete a uma mudança no processo organizacional devido à verificação de que os trabalhos isolados não conseguem mais dar resolubilidade às demandas ampliadas de saúde/doença do usuário. Assim, o mercado atual, na área de saúde, sinaliza a necessidade de profissionais que saibam agir na diversidade e exercem habilidades de negociação, interação e comunicação, pois o trabalho cotidiano exige um relacionamento interpessoal. Nesse sentido, a ação interdisciplinar evidencia uma prática em que o profissional reconhece e internaliza o trabalho do outro, reconstruindo o seu próprio. Conforme Alves, Ramos e Penna (2005, p.2),

em relação aos hospitais que atendem clientes em situação de emergência, em função do ritmo frenético e constante de trabalho, torna-se visivelmente necessária a integração dos vários especialistas em equipes de trabalho coesas, com senso de cobertura e nas quais esteja clara a noção de complementaridade.

A interdisciplinaridade não tem a pretensão de anular a disciplinaridade, a fragmentação do objeto e a especificidade de cada saber, já que, de acordo com Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005, p.108) “*as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços em saúde.*” Nesse contexto, Vilela e Mendes (2003, p.528) afirmam que a interdisciplinaridade é “*considerada uma interrelação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum.*” Ela constitui uma filosofia de trabalho que busca um canal de interação e comunicação, por meio do diálogo, entre os mais variados atores, além da articulação dos seus conhecimentos e visa compreender o ser humano na sua totalidade nunca acabada. Percebemos, porém, no relato que o profissional não a percebe no seu ambiente de trabalho, embora reconheça que trabalhe em equipe, mesmo que esta não seja ‘integrada’:

(...) trabalho de equipe em saúde devia exigir da gente uma interrelação. A equipe tem uma interdisciplinaridade, o que a gente tem sem ter. A gente tem uma troca de informação informal. (...) A gente não tem uma equipe integrada. (...) não é só aquela coisa de você passar e ter a liberdade de tá conversando; você assenta e discute cientificamente, faz o atendimento junto. Eu acho que a equipe de saúde ela ganha muito quando se tem uma equipe integrada. (...) Os profissionais cada um com as suas bases de informação, do seu conhecimento, mas você vai tendo uma coisa mais linear a nível de conhecimento. Todo mundo vai crescendo junto, o que aqui acaba que não. A gente, às vezes, dá uma esbarrada porque aqui fica muito na informalidade da troca de informação. (P1-3)

Observamos, então, que podem existir diferentes percepções do que seja trabalho de equipe, embora seja possível notar que há entre as mesmas um predomínio da abordagem técnica, que adota o trabalho como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades, como constatado por Peduzzi (2001). Esse mesmo autor ainda salienta que as noções de trabalho de equipe podem ser apreendidas em dois domínios: agrupamento de agentes (justaposição das

ações) e integração de trabalhos (articulação entre agentes consoantes à proposta de integralidade das ações de saúde). Nesse contexto, verificamos no discurso que a noção de equipe perpassa mais pelo primeiro domínio, o qual é caracterizado pela fragmentação, ainda que possamos perceber um reconhecimento da interdisciplinaridade pelo profissional, que é almejada. Esta fica, porém, em segundo plano devido às trocas de informações serem realizadas ‘informalmente’ e, por isso, não se cria um espaço propício para se dar a troca de informações sem barreiras e/ou interferências externas. Apesar de reconhecermos que esta forma de interação pode ser rica, o relato aponta para a necessidade de uma relação mais ‘formal’, que, segundo Peduzzi (2001, p.106), se remete àquela concebida e praticada como uma dimensão intrínseca ao trabalho em equipe:

Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões.

Entendemos que, nessa última perspectiva, criam-se espaços de relações no trabalho que se produzem no encontro de sujeitos. A partir da denominação de ‘espaço intercessor’, proposta por Merhy (1997b) para o encontro entre o profissional de saúde e o usuário no ato do trabalho, poderíamos dizer que o encontro entre trabalhadores também não seja uma simples somatória de um com um outro, mas sim um resultado de um processo de interação de forma singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim, se dá a construção de ‘sujeitos coletivos’ e se estabelecem relações mais solidárias entre os trabalhadores. Nesse âmbito, além de cada trabalhador poder decidir as coisas, com certa ‘autonomia’, sobre a produção de suas ações de saúde, possuir um ‘auto-governo’ (MERHY, 1997a), cada profissional complementa com a sua visão o conhecimento do outro. Configura-se dessa forma um novo conhecimento que imprime um produto final mais qualificado e culmina uma

prática menos imparcial e um cuidado integral ao usuário, o que não é percebido no cenário em estudo pelos atores de saúde entrevistados. Dessa maneira, o que observamos nas práticas cotidianas no hospital de pronto-socorro, é que mesmo tendo consciência do que seja um trabalho de equipe, o trabalhador continua executá-lo de forma individualizada, fragmentada e sem integração entre os membros:

Eu acho que é um local onde você pudesse discutir a pessoa sob o ponto de vista de todos os profissionais, cada um com a sua visão, onde se conversasse sobre essas diferentes visões. (...) Então se pudesse tentar conversar sobre o quê que é que você percebeu, então, isso pra mim seria um trabalho de equipe. (...) Porque às vezes também fica cada um com o seu conhecimento sem ver um total, o outro. Cê vai saindo, às vezes, catando. (...) Então assim, o trabalho de equipe pra mim seria uma hora que eu pudesse sentar com toda a pessoa que atendeu aquele paciente e a gente discutir um caso sobre ele, o que é inviável aqui. (P2-6)

(...) cada profissional tem uma abordagem diferenciada, com um padrão diferenciado de formas de atender, o que eu acho criativo, porque de alguma forma você tem uma liberdade de busca e, por um outro lado, a equipe se perde porque cada um trabalha dentro daquilo que nomeia como principal. (P1-3)

Seria a atuação de todos os profissionais pra aquele cliente e que não acontece. Acaba sendo fragmentado também. A equipe médica atende a parte clínica, a equipe de enfermagem faz o cuidado de enfermagem, mas não existe uma integração entre eles. Cada um faz a sua parte, cada um faz o seu registro, mas é separado. É individualizado. (E1-2)

Dessa maneira, o enunciado revela que a noção do trabalho de equipe em saúde pode causar certa estranheza, pois é, muitas vezes, visto como um projeto que está no plano da utopia, portanto, irrealizável: *“Uh, Nossa Senhora! [risos]. (...) o trabalho em equipe seria o quê, seria um trabalho em que todas as equipe profissionais tivessem vendo aquele paciente.”* (E1-2). Tal fato pode ser explicado pela constatação de que o trabalho no cenário em estudo é permeado pelo modelo médico hegemônico, o qual possui uma ótica reducionista e que reforça as especialidades e o atendimento médico-centrado. Assim, o que observamos no cotidiano das práticas é uma divisão de tarefas em que cada trabalhador acaba por ficar responsável somente pelo seu campo de atuação. Não há um sentimento de pertença do indivíduo em equipe, a qual deveria ser construída por um grupo de pessoas que interagissem entre si e trabalhassem de formas singulares e complementares, visando a um mesmo

objetivo. Nessa perspectiva, poderíamos contemplar a interdisciplinaridade como uma postura de atitude, pois deveria se tratar da *“questão da pessoa que tá envolvida, do profissional querer. Essa possibilidade existe em função de quem faz.”* (P2-6).

Não obstante, o tempo também é considerado um dos empecilhos para a realização do trabalho em equipe de forma interdisciplinar. De acordo com o entrevistado, no hospital de pronto-socorro em estudo, há pouca interação entre os profissionais devido ao tempo escasso, talvez explicado pelo excesso de demanda espontânea e referenciada versus um quantitativo insuficiente de funcionários para atendê-la, o que leva a uma sobrecarga de atividades a serem cumpridas em horários determinados, características que perfazem os serviços de urgência/emergência como já apresentadas anteriormente e novamente explicitadas:

(...) a gente tem um relacionamento, mas não tem uma coisa integrada porque tem falta de tempo. Provavelmente os médicos falam da falta de tempo. A gente tem um horário mais determinado aqui dentro, tem mais tempo, mas também tem um número de atividades grande, não esbarra toda hora, não tem disponibilidade de troca de informação. (...) aí vem as atitudes particulares de cada um. (...) Você tem três residentes pra um hospital inteiro. Como ele vai relacionar? Por mais presente que ele seja, ele tá ausente o tempo todo. Então eles passam “vapt-vupt”, nem vê eles entrando. (P1-3)

Às vezes você pega um paciente e fica muito assim, sem saber o que se passa com o paciente porque não tem toda informação. Então eu especificamente que fico mais no horário da tarde, às vezes eu fico sem saber como agir com o paciente, porque os médicos, geralmente, só passam de manhã. Tem alguns andares que tem médico de plantão, mas às vezes ele fica tão sobrecarregado... Não dá pra gente ter uma discussão mais a respeito do paciente. (N1-14)

O que percebemos no cenário em estudo são desencontros entre os sujeitos e também de diálogos, já que as trocas de conhecimentos nem sempre são possíveis, o que gera ‘atitudes particulares’, trabalhos individualizados. Logo, tais informações se fragmentam e/ou se perdem. O único recurso para obtê-las, em sua completude, seria por meio dos prontuários ou fichas de atendimento externo, porém há de levarmos em conta que o sub-registro é uma realidade nos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado prestado ao usuário também é parcelado, descontínuo. Por conseguinte, essa falta de troca de informações e diálogos entre

os profissionais só confirma um descompromisso com o trabalho exercido pelo outro, o que pode levar ao desconhecimento ou à interpretação errônea do trabalho alheio, como salientam os sujeitos da pesquisa:

(...) você tem que explicar pro outro o quê que é e o quê que não é da psicologia. O que ainda pra muita pessoa não é claro. (...) Então esse trabalho mesmo com a própria equipe, eu acho que ainda é uma coisa que batemos no peito e tem os pós e os contras. (P2-6)

(...) quando eu entrei aqui ninguém sabia o que a fonoaudióloga fazia, nem enfermagem, nem médicos... Então a gente ficava muito perdida aqui dentro. Com o tempo, a gente foi mostrando o nosso trabalho, o que a fonoaudióloga podia fazer, e hoje em dia isso melhorou muito. (...) eu acho que a visão dos médicos tá melhorando com respeito aos outros profissionais, mas ainda existe um pouco da visão do médico como soberano, uma certa chefia: “Eu sou médico eu que defino tudo. Você só me fala o que você quer que faz, mas eu que tenho que definir se a conduta é essa ou não”, apesar das vezes ele nem conhecer o que o outro profissional faz. (FO1-15)

Em face do exposto, verificamos que o trabalho realizado, de forma individual, muitas vezes não é reconhecido pelos outros profissionais envolvidos no atendimento ao usuário. O que observamos é que não é raro haver uma ausência de um sentimento de equipe. Nesse contexto de ‘papéis’ individualizados, ressalta-se a figura do médico como soberano sobre os demais profissionais, cabendo-lhe as decisões quanto aos caminhos percorridos pelo usuário dentro da instituição, muitas vezes sem escutar os outros profissionais envolvidos, o que reforça uma cultura médico-centrada dentro do espaço hospitalar. Assim, para outro entrevistado, tal conduta perpassa pela falta de respeito, já que o seu próprio trabalho não é valorizado, como ele explicita no momento da alta hospitalar:

(...) Eu acho que tem que ter uma comunicação. O pessoal tem que saber porque que o paciente tá ali, sendo que o médico já liberou, o enfermeiro já liberou, mas o serviço social ainda não liberou, mas tem um porquê. Então, eu acho assim, tem que ter esse respeito um com o outro, tipo assim: “Ah, mas eu sou o médico e eu já liberei. Por que ele não foi embora até agora?” Mas e os outros profissionais? Tem a psicologia também... Então tem toda uma questão que envolve aí. (AS2-11)

A falta de respeito levantada no discurso do sujeito da pesquisa parece remeter-se ao âmbito da alteridade, pois o que notamos no hospital é um trabalho que valoriza o saber médico, em detrimento das outras categorias profissionais. Tal fato sinaliza um desconhecimento da profissão do outro ou, até mesmo, uma dificuldade quanto à noção da *diferença*. Constatamos que essa palavra pode se remeter à idéia de *subtração*, de exclusão e, conforme Maturana (2002), o não reconhecimento do outro como legítimo outro na convivência. Dessa forma podemos afirmar como legado do modelo médico hegemônico a existência da diferença entre os profissionais médicos e os não-médicos, em que os primeiros são os detentores de um saber privilegiado de saúde sobre os demais, o que estabeleceu uma dissimetria histórica e culturalmente construída.

Foucault (2006b) discute, em seu estudo, que o hospital é um reduto predominantemente do médico, pois é este o profissional que sistematiza a assistência ao vigiar e disciplinar os corpos, constituindo um local de cura, mas também um lugar de acumulação e desenvolvimento de saber, portanto, de exercício de poder. O autor relata ainda que: *“O poder, longe de impedir o saber, o produz. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico.”* (FOUCAULT, 2006a, p.149). Observamos, então, que o saber é um dispositivo de natureza essencialmente estratégica, que se situa como peça de relações de poder, além de possuir um engajamento político. No entanto, o discurso revela que esse saber-poder não diz respeito só ao profissional médico. Ele também é verificado nas outras áreas de conhecimento, como no caso da categoria de enfermagem, já que o cuidado foi e ainda pode ser visto como uma característica única e essencial dessa profissão:

Às vezes, a gente acha até que esse paciente é nosso. Nós que somos os donos; nem queremos outros profissionais envolvidos tipo fisioterapia: “Não, agora não pode. Agora é hora do banho, nada de fisioterapia.” Então, às vezes, a gente também não

consegue perceber isso, a importância dos outros profissionais invadirem a nossa praia, que o paciente era só nosso. Nós e do médico. Agora tem outros profissionais e muitas de nós, auxiliares e mesmo o enfermeiro, não consegue conviver com isso, porque “o paciente é meu e você vai atender na hora que eu determinar.” (E2-7)

A noção de *diferença* pode também pressupor a *diversidade*, a qual se remete ao relacionamento entre os trabalhadores da equipe multiprofissional. Percebemos, então, que a definição de trabalho em equipe de saúde sugere a possibilidade de os membros estarem ligados uns aos outros, em que as diferenças são valorizadas e complementadas. Cada um possui a sua especificidade que se soma à do outro e imprime uma assistência voltada para a integralidade do cuidado em sua forma mais ampla possível. Dessa maneira, o discurso revela que, para isso acontecer, é necessário deixar os ‘egos’ de lado, saber conviver com essas diferenças no sentido de trocar informações independentemente da categoria profissional:

(...) eu acho que seria todos os profissionais que estivessem trabalhando com aquele paciente deixassem os seus egos de lado e parassem e pensassem somente no paciente no sentido de trocar idéia com outro profissional, independente se é médico, fono, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, etc e tal. É um ouvir o outro, deixar lá os egos de lado; é saber trocar idéia; é não se ofender porque a idéia do outro profissional foi melhor que a dele e assim mudar sua conduta. É ter essa humildade de ouvir o outro profissional. Isso que eu acho que é trabalho de equipe. É todo mundo concentrado, todos profissionais concentrados somente nos problemas do usuário, do paciente. (FI2-12)

O que o sujeito da pesquisa sinaliza é um trabalho de equipe em que os membros possuem certo grau de envolvimento e visam a uma responsabilidade quanto ao produto final, que é o atendimento das necessidades do usuário que procura o serviço. Nesse contexto, é necessário que um saiba ouvir o outro e que promova interações entre os sujeitos por meio dos espaços dialógicos. Trabalho de equipe multiprofissional, que é entendido como a atuação conjunta de várias categorias profissionais, deveria passar necessariamente pela intersubjetividade e pelo reconhecimento e incorporação do trabalho alheio, para alcançar uma interdisciplinaridade na busca da compreensão integral do ser humano. Nesse *lócus* há de prevalecer a humildade, o que propicia uma horizontalização dos saberes e possibilita um

aprendizado mútuo e flexibilidade quanto às condutas a serem tomadas. Notamos nesse discurso um desejo veemente quanto à realização do trabalho em equipe. O mesmo entrevistado, porém, curva-se ante à realidade cotidiana, ao observar que esta se difere da supracitada que se mostra na dimensão do desejável:

Não vejo uma relação, um bom relacionamento entre as classes de profissionais. Eu vejo, muitas vezes, que uma classe não aceita aquele outro profissional porque acha que o profissional tá mandando, porque acha que o profissional tá interferindo no trabalho do outro. Então, vem aquela mesma questão: eu acho que se os egos forem deixados de lado, o trabalho rende melhor, o atendimento vai ser muito melhor do que se ficar nessa disputa de poder. Eu acho que aqui tem muita disputa de poder e isso atrapalha. Eu acho que o paciente sai prejudicado com tudo isso. Eu acho que as classes não se unem em prol da saúde daquela pessoa que tá aqui precisando. Elas ficam disputando lá o poder lá entre elas e as vaidades, e acabam deixando o usuário de lado. (FI2-12)

Diante disso, Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) lembram que as equipes multiprofissionais não superam a disjunção das diversas especialidades, manifestada no fazer cotidiano dos serviços em saúde. Segundo os mesmos autores, *“a multiplicidade de atores com diferentes formações e responsabilidades implica a existência de processos de trabalhos distintos”* (p.106), o que pode levar a uma cisão nas relações interpessoais entre os trabalhadores. Os processos de trabalhos em sua micropolítica revelam, portanto, espaços de disputas e rivalidades, aos quais, ao serem simplesmente somados dentro da equipe, não se garante a integralidade das ações, pois as práticas não são realizadas por interseções, e sim, por justaposição. Assim, conforme Peduzzi (2001), as desigualdades perpassam pela existência de valores e normas sociais que disciplinam as diferenças técnicas entre as profissões, estabelecendo relações hierárquicas de subordinação entre os trabalhadores. Dessa forma, *“a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho.”* (p.107).

Essa última acepção, que trata das diferenças entre os profissionais da mesma equipe, pode ser ampliada no cenário em estudo ao se referirmos às desigualdades entre os

trabalhadores da mesma categoria profissional, já que são diferenciados quanto ao vínculo empregatício e podem ser efetivados por meio de concursos públicos ou contratados administrativamente. Observamos no discurso que há uma interação conflituosa entre esses atores de saúde no âmbito de trabalho, que perpassa pela aquisição ou não de direitos que garantam uma estabilidade e privilégios com relação à sua atribuição:

No nosso serviço público, a gente tem o pessoal concursado e o pessoal contratado. As pessoas concursadas acham que tem um certo privilégio no Pronto-Socorro, porque às vezes não fazem o que é pago pra ser feito, o que é pedido pra ser feito. Quando é conduzido pra outra unidade que não gosta, não quer trabalhar. E, no entanto, nós contratos temos que aceitar um monte de coisas, até mesmo pelo fato de necessitar do emprego, precisar do emprego, a gente até acaba “engolindo alguns sapos”. Dos supervisores, dos médicos, até do pessoal da nossa classe trabalhista mesmo. Mas tá acabando, tá diminuindo, tá bem menor agora. De quando eu entrei pra hoje, tá bem menor. Com o tempo parece que as pessoas vão sendo mais amigas, vai acabando com esse negócio de “a você é isso, eu sou aquilo.” (TE1-5)

Notamos nesse enunciado que o profissional contratado, por não possuir os mesmos direitos do efetivo, é mais cobrado quanto ao desempenho de suas atividades, já que convive com o medo de perder, a qualquer momento, o seu emprego caso o seu trabalho não satisfaça aos interesses da instituição ou por contingência administrativa desta. Observamos, também, que esse trabalhador deve aceitar imposições realizadas pelos seus superiores e pelos membros efetivados da mesma classe trabalhista. Ele trabalha em um regime de pressão em que sofre ameaças quanto ao seu emprego, o que se caracteriza numa ‘violência velada’. Dessa maneira, a expressão ‘engolir sapos’ pode significar certa ‘mudez’ do profissional contratado frente aos outros atores e determina, como denomina Merhy (1994), uma relação ora voltada para o ‘objetal’, em detrimento de uma “interseção partilhada”.

Em se tratando do servidor público efetivo, percebemos, segundo a visão do sujeito da pesquisa, que ele possui uma estabilidade profissional garantida por lei, portanto, a de que está protegido legalmente: “(...) *ele tem essa proteção aí absurda do Estado, porque eu acho*

que isso é um atraso. (...) mesmo sendo um mau funcionário ele continua protegido pela lei.”

(FI2-12). Tal fato é confirmado pelo Artigo 41 do texto constitucional:

Art. 41. *São estáveis após 3 (três) anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público.*

§ 1º O servidor público estável só perderá o cargo:

I - em virtude de sentença judicial transitada em julgado;

II - ou mediante processo administrativo em que lhe seja assegurada ampla defesa;

III – mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma de lei complementar, assegurada ampla defesa.

§ 2º Invalidada por sentença judicial a demissão do servidor estável, será ele reintegrado, e o eventual ocupante da vaga reconduzido ao cargo de origem, sem direito a indenização, aproveitado em outro cargo ou posto em disponibilidade.

§ 3º Extinto o cargo ou declarada sua desnecessidade, o servidor estável ficará em disponibilidade remunerada, até seu adequado aproveitamento em outro cargo. (BRASIL, 2006, p.51)

Diante disso, o entrevistado considera que a estabilidade profissional constitui um atraso para o trabalho, na medida em que os servidores efetivos se acomodam e seguem atuando descompromissados com o mesmo. Apesar de este trabalhador possuir as mesmas atribuições do profissional contratado no ambiente de trabalho, ele se coloca em posição de desnivelamento com o outro funcionário por possuir mais privilégios que estão respaldados por um aparato legal conquistado, o que muitas vezes ocasiona desafetos pessoais e, até mesmo, ‘sabotagens’. Dessa maneira, Castro (1996, p.180) salienta:

Quer dizer, não há como legalmente arrancá-los desses cargos, a não ser que eles, servidores, peçam exoneração, percam-nos por inquérito administrativo ou que tais cargos sejam, por lei, extintos, ficando os servidores em disponibilidade remunerada, com vínculo com os municípios e vínculo estatutário. À CLT, que não é regime de cargo público, refoge essa possibilidade jurídica.

Verificamos, então, que o desnivelamento de direitos entre os servidores efetivos e contratados da mesma categoria profissional é permeado pela relação de poder e pode até estabelecer uma ‘relação hierárquica’ entre os mesmos, enquanto privilégios, que se funda na “*negação mútua implícita, na exigência de obediência e de concessão de poder*” que traz consigo e na “*supervalorização e na desvalorização que constituem o poder e a obediência.*”

(MATURANA, 2002, p.69). Por conseguinte, as relações interpessoais tornam-se fragilizadas, pois para o efetivo está a acomodação, para o contratado a cobrança:

(...) é uma característica que acho que diminuiu muito, que foi logo quando entrou os contratos, tinha uma dificuldade de interação muito grande. Então o relacionamento era muito ruim. (...) A impressão que você tinha era uma relação de ciúmes e falava até assim: “Ah ele é contrato, ele tem que trabalhar; eu sou efetivo e não vou trabalhar.” Isso com o tempo foi acabando. Não sei se foi o tempo de permanência mesmo, já tem mais de dez anos que foi vivenciando essa questão do contrato, ou se foi um tempo até de conhecimento mesmo, de passar a respeitar o outro e aceitar o outro. (...) Agora, existe ainda aqueles resquícios, por exemplo, às vezes algum contrato falando o inverso: “Ah, o contrato é que segura. O contrato é que trabalha. O efetivo não trabalha.” E aí, reflete até naquela questão inicial, de que o efetivo sabe que é efetivo e que se não tiver uma honestidade nesse pessoal de querer trabalhar, de fazer um bom trabalho, ele enrola e não faz. Isso cria muitas arestas também no relacionamento entre os membros. (...) É uma questão que é um pouco complicada, porque querendo ou não, apesar de falar “é só você abrir um inquérito administrativo e tudo...”, mas eu tenho que é muito difícil. É uma coisa que quase ninguém faz, e não faz até porque já se tentou fazer outras vezes e viu que não deu em nada, que a pessoa continua. Então existe essa característica da acomodação mesmo: ele não desempenha bem a função dele; ele não faz o papel que ele deveria fazer; não assume o papel que ele deveria assumir e ele enrola; as pessoas que convivem com o trabalho dele enrola. A chefia, que é responsável nesse sentido de cobrança, também acaba deixando e faz vistas grossas a este sentido, e aí acaba criando esse círculo vicioso do mau atendimento, da dificuldade de relacionamento... (...) permanece anos e anos nisso, que vai ficando. Aí, não fica nesse setor porque não conversa com fulano... Aí, não fica naquele setor porque não interage com o outro... Aí, você começa a colocar ele num setor que ele trabalha sozinho, porque você prefere ter uma atitude dessa do que arrastar com processo e ficar nisso e não trabalhar a coisa até que se resolva. (E1-2)

Então eu fico pensando, cá comigo: um profissional efetivo, trabalha dessa forma, causa problemas contínuos, é chamada a atenção, não melhora, não dá o atendimento adequado ao usuário e aí continua na Instituição porque ele é efetivo. Eu questiono, porque eu acho que muitas vezes um concurso público ele é feito de uma maneira que ele não seleciona pessoal pra ele entrar no setor, na Instituição. E quando entra profissional desse tipo, com esse tipo de índole, de personalidade, de etc e tal, a Instituição ela faz vista grossa e esse profissional continua trabalhando aqui causando vários transtornos e atrasando o trabalho da Instituição. (FI2-12)

Observamos nos relatos que há uma cultura em classificar o servidor público como uma pessoa ‘estacionária’, que não progride nem retrocede, pois, se este não tiver honestidade e compromisso com o seu trabalho, ele acomoda-se e não presta um atendimento satisfatório ao usuário que procura o serviço. Diferentemente do funcionário contratado que tem o seu trabalho mais ‘fiscalizado’. Apesar de haver uma distância entre os dois vínculos, esta pode, no entanto, diminuir com o tempo devido à convivência com o outro, pois, no âmbito da

saúde, os atores necessariamente se interagem, mesmo que a diferença entre eles seja negada. O simples fato de conviver no cotidiano leva-os aos poucos a uma conquista de confiança e reconhecimento do trabalho alheio, permitindo, posteriormente, um sentimento de amizade ou camaradagem entre os trabalhadores. Quando isso acontece, o que percebemos é um trabalho resolutivo em que os atores de saúde exercem suas atribuições com profissionalismo ao canalizar o talento de cada um no atendimento ao usuário:

Mas o que trava muitas vezes o serviço público são essas picuinhas que existe aqui dentro. Essa característica do funcionário público entre aspas, que tem aquele estigma de funcionário que não trabalha. Eu acho que funciona, o hospital aqui ele funciona sim. Ele atende muito bem quando ele quer atender. Nas situações em que os profissionais se concentram e direcionam e canalizam todo o talento deles, o profissionalismo deles, o usuário é atendido de forma adequada sim. O que eu volto a falar, que falta muitas vezes é a boa vontade e essa picuinha de profissional com profissional, de não aceitar a opinião do outro, de não ter a humildade de aceitar a opinião do outro, coisas de serviço público, que, talvez, não aconteceria se fosse numa instituição privada, porque na instituição privada se o profissional não agrada, se ele não faz um bom trabalho, ele é demitido. (...) Então não sei se isso vai mudar um dia. Tomara que mude, mas enquanto não muda, eu acho que o que mais trava a Instituição é isso, é essa proteção exagerada. (FI2-12)

Nesse contexto, notamos que o trabalho em equipe depende da ‘boa vontade’ de cada trabalhador para concretizá-lo. Ressaltamos, porém, que os conflitos entre os profissionais não podem ser descartados, ou melhor, eles são desejáveis no sentido de serem um termômetro para avaliar o crescimento e buscar estratégias de remodelações no trabalho. Caso contrário, a sua ausência constitui uma armadilha quando leva à realização de um trabalho pautado na obrigação, e não na motivação. Assim, as desavenças surgidas entre os membros da equipe devem ser administradas para não instituir empecilhos na concretização de suas práticas. Tais dificuldades e rivalidades não podem ser vivenciadas pelo usuário, cabendo ao trabalhador assumir uma ‘postura profissional’:

Tem pessoas que são de difícil relacionamento. Às vezes, a própria pessoa que é difícil relacionamento, ela não consegue conviver com o grupo. (...) nem todas não são, mas eu acho que a partir do momento que você está trabalhando, o paciente ele não pode vivenciar essa sua rivalidade. Ele não pode vivenciar a sua indiferença ou alguma coisa, porque é uma empatia: “Eu não gosto de fulano.” A partir do

momento que estamos escalados, nós temos que ser profissionais. (...) O paciente não tem nada a ver com essa indiferença. (AE1-1)

Se eu consigo conversar, interagir, eu consigo tudo que eu preciso nesse hospital. As coisas aqui são muito conseguidas através de relacionamentos. (...) Entre os membros da equipe eu noto que falta um pouco de profissionalismo, porque eu não consigo relacionar com uma pessoa, um médico ou outro profissional da equipe, se ele me desrespeita. Então ele me desrespeitou, eu já não consigo. (E2-7)

A ‘postura profissional’, também chamada de profissionalismo, está associada ao ‘auto-governo’, à ‘autonomia’, em que o trabalhador passa a ser juiz das suas próprias ações. Estas devem vir de encontro aos objetivos comuns da equipe para favorecer um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, o qual está permeado pela comunicação e pelo relacionamento entre sujeitos. O ato de relacionar-se é essencial para a manutenção do indivíduo dentro de um grupo, pois é dele que advêm as conquistas quanto ao espaço, ao respeito, reconhecimento, confiança, parceria, mesmo que as diferenças sejam rejeitadas entre os membros. Dessa maneira, o relacionamento pode ser apreendido como um ‘querer’ do profissional; ele perpassa, conforme discursos, pela ‘vontade’ do indivíduo em querer relacionar-se com o outro, conferindo-lhe um juízo de valor, uma consideração ao trabalho alheio:

(...) o relacionamento depende do profissional. Depende do profissional e do valor que ele dá para o outro profissional. Isso é imprescindível, como ele vê o serviço do outro profissional, se ele acredita nele. (P2-6)

(...) depende do nível de contato que você tem com determinado médico e o nível de respeito que aquele médico vai desenvolvendo com você. Então assim, por exemplo: você pega um profissional que tem mais tempo aqui, que você lida mais no dia-a-dia com ele, que você encontra mais, ele passa a desenvolver um nível de respeito diferenciado. É o que acontece, por exemplo, quando entram residentes novos. Entram os residentes novos, aí até que cria-se esse vínculo, você vê muito essa questão do desrespeito, essa questão ainda presente até hoje, que ainda vai demorar muito tempo para acabar, de falar: “Eu sou o médico, eu determino, eu mando.” E você vê que existem, às vezes, até conchavos, do tipo assim: eu trabalho com o médico em outra instituição aí ele me trata bem porque ele me conhece dessa outra instituição, mas não trata bem outro colega da mesma forma porque ele não conhece esse colega. Então existe essa questão do conhecer de outro local e tudo, e isso envolve a equipe médica, a equipe de técnicos, enfermeiros, envolve isso tudo. (...) até a equipe técnica de enfermagem com enfermeiro: se eles têm uma relação com você em outro local, eles te trata de um forma aqui, e trata diferente uma pessoa que ele não tem essa relação fora. Isso acontece com os médicos e os técnicos também, da mesma forma que tem uma relação fora, eles mantêm um tipo

de respeito de relacionamento que fica diferente em relação aos outros membros da equipe. E, é claro que existe também aquele relacionamento que vem do respeito de conhecer o trabalho. À medida que ele vai conhecendo o trabalho, ele vai valorizando e vai criando um respeito. É uma via de mão dupla. Isso acontece com eles em relação ao enfermeiro, mas acontece com enfermeiros em relação a eles também. À medida que vai se desenvolvendo o trabalho junto, você vai criando esses laços ou vai até distanciando na medida que você vai vendo algumas atitudes em relação ao tipo do trabalho que ele desempenha, que ele desenvolve. (E1-2)

Em face do exposto, verificamos que o relacionamento perpassa pela aceitação do outro como legítimo outro na convivência fundada no respeito (MATURANA, 2002), porém observamos que esse não é dado, e sim, conquistado. Não obstante, ele é dificultado pela rotatividade de profissionais dentro do ambiente hospitalar e essa situação sinaliza que as conquistas devem ser reforçadas e realizadas cotidianamente, tanto para com os profissionais veteranos quanto para os novatos:

Não sei, eu acho que vai mudando muito as pessoas, é um hospital que tá sempre com muita gente, muda um, muda outro... Quando eu entrei aqui, eu sentia mais calor humano entre os colegas sabe. Hoje eu não tô sentindo isso mais. Eu sinto assim: é cada um por si mesmo. Eu não tô sentindo mais aquela integração mesmo, não sei por quê. (AS2-11)

A relação da nossa clínica com as outras ela também tem sido um pouco dificultada exatamente pela entrada hoje de gente muito jovem, de pessoas novas. Não só novas em idades, mas pessoas que não formaram aqui dentro e pela rotatividade dos profissionais de outras clínicas. Há muitos anos atrás, na clínica médica, na neurologia, o profissional entrava e, como a gente, ficava aqui. Hoje não. Eles ficam durante um tempo e por uma série de razões, principalmente, porque de ordem mesmo até financeira, eles ficam por um tempo e depois é muito mais atrativo trabalhar em outros locais que essa pessoa tá. Então, eu nunca sei hoje, quando eu entro de plantão, qual é o clínico que vai tá junto comigo, qual é o neurologista que vai tá comigo... Às vezes, aparece uma pessoa que eu nunca vi na minha vida e que é até difícil eu chegar, abordar, e conversar porque eu não sei o nome... Até eu conseguir ter um relacionamento com essa pessoa... E quando isso acontece, essa pessoa vai embora, aí entra outra. Eu tenho percebido que tá cada vez mais difícil. (M2-13)

Notamos que o clima de camaradagem e amizade construído entre os membros da equipe de trabalho se perde aos poucos com o movimento de saída e de entrada dos profissionais na instituição. Os vínculos são rompidos e outros novos devem ser realizados. Inicia-se todo um processo de conhecer o outro, enquanto pessoa e profissional. A interação com o trabalhador recém-chegado à unidade é tímida e torna-se mais 'formalizada', até

mesmo pelo desconhecimento de quem está ali e do trabalho que ele desenvolve. Com o tempo, esse vai conseguindo um entrosamento com a sua equipe, porém, sempre à sua maneira, de forma diferenciada, já que cada ser humano é singular, um não substitui o outro. Algumas coisas se perdem, mas outras são acrescentadas nessas novas relações. O convívio de um para com o outro passa a ser um aprendizado mútuo. Contudo, quando as relações parecem atingir um equilíbrio, outros fatores podem provocar uma nova ruptura nessa interrelação, como a busca pela realização profissional e/ou pessoal, formando um ir e vir incessante de profissionais.

Esse trânsito de atores, no âmbito hospitalar, leva ao convívio dos mesmos com novos processos de trabalho, já que os profissionais possuem formações diferenciadas. Dessa forma, há de se considerar os anos de experiência e a vivência que os veteranos trazem consigo, mas também os novos conhecimentos técnico-científicos produzidos na academia que detêm os mais novatos:

Eu acho que há uma diferença muito grande de quem já está aqui há muitos anos daquele que tá começando. Então, quando eu comecei, eu demorava muito mais tempo no atendimento a um paciente porque eu tinha receio que algo me fugisse, alguma coisa muito importante me fugisse. Eu sei hoje e realmente percebo que os anos me deram a experiência que vieram com os anos, o *feeling* que só o tempo dá. Eu já não gasto tanto tempo mais. Eu sou muito mais ágil, inclusive pra falar: “esse paciente não está bem!”. Numa primeira olhada eu sei que este paciente não está bem e, às vezes, não existe nem uma coisa assim palpável, é uma... Não chega a ser uma impressão não, não é isso. É isso que eu chamo de experiência: é você perceber pequenos detalhes. Então assim, eu procuro quando o paciente chega, se é um paciente que pode me dar informação, eu tento colher o maior número possível de informações. Às vezes, coisas assim, que aos olhos de outras pessoas: “Por que cê tá perguntando isso? Que coisa boba que ela perguntou?” sabe. Mas foi e tem sido assim que ao longo desses anos eu consegui fazer diagnósticos que ninguém percebia, por detalhes. Então eu tento esmiuçar ao máximo a história. (...) O exame físico, por eu ter adquirido essa experiência, ele é muito mais rápido. Situações, como medidas pressivas de pressão arterial, eu não preciso disso mais. Eu colocar a mão no pulso, amplitude do pulso, a frequência do pulso, a coloração de mucosa... Eu consigo coletar dados com uma rapidez muito maior, dados clínicos. (...) Porque também a outra coisa que o cabelo branco traz pra gente é essa coisa né, e eu já tenho muito cabelo branco. Essa coisa que eu acho que é de chegar o momento que você se vê numa posição que você possa fazer aquilo. Mas que você pode fazer porque na hora que você fizer vão te prestar atenção, vão te atender, entendeu? Porque quem tá falando não é a doutora não. A DOUTORA que tá aqui há 20 anos e que todo mundo conhece. E que bem ou mal, todo mundo sabe, que ela é respeitada pelo trabalho que ela faz. Eu acho que isso é uma coisa que só pra mim o

tempo construiu, porque se eu fosse uma pessoa que também eles não me respeitassem, eles também não me atenderiam. (M2-13)

Notamos que o conhecimento é, então, aprimorado com a experiência prática adquirida ao longo da vida; ele é lapidado. Tal como um diamante, o conhecimento ganha novas modelações e brilhos a cada ‘fio branco’ nascente. O tempo e a vivência temperam o saber, transformando-o em um saber-poder ante o outro, o qual perpassa pelo respeito conquistado e pelo reconhecimento almejado, em suma, pela convivência e pelo tempo de atuação como profissional. Assim, conforme Foucault (2006a, p.110), “*o grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII.*” Há de se pensar, porém, que tal saber-poder adquirido na temporalidade corre o risco de sobrepular a diferença e o saber alheio:

O nosso currículo mudou. Eu sou da turma da década de 90, então, eu me diferencio da turma de 80, da década de 70 e de 80. Com essa modificação no currículo, já tem outra turma agora com um novo currículo e, também, se diferencia. E por eu ter uma trajetória em vários movimentos, minha visão é diferente. Isto muitas das vezes acaba se batendo. Não dá pra trocar em miúdos, mas sim bater de frente, o que não é legal. (AS1-4)

Verificamos no discurso que os atores de saúde apresentam formações diferenciadas. Por um lado isso é positivo no momento em que os vários saberes são valorizados, complementares e há oferta de um cuidado integral em sua forma mais ampliada. Em contrapartida, observamos que os profissionais, no âmbito hospitalar ainda têm reproduzido uma prática baseada no modelo médico hegemônico que se volta apenas para a sua especificidade, muitas vezes com ausência de comunicação, o que leva à realização de trabalhos parcelares e individualizados, até mesmo de exclusão da alteridade:

(...) dependendo de quem está no plantão, do plantonista, eu me sinto mais à vontade de chegar, de discutir, de solicitar uma vaga. Dependendo de quem tá. (...) Mas eu percebo assim, que há por parte daquela outra pessoa (...), ela não tá aberta para receber as pessoas que tão trabalhando ali, que vem a ela é porque depende do

trabalho delas esse contato entendeu. Então, isso é uma coisa que... Eu não sei aonde que tá a falha, se é lá da nossa formação, dos anos de faculdade... (M2-13)

Constatamos que as reflexões do ‘relacionar-se com o outro’ no local de trabalho são realizadas desde a formação profissional na academia. É curioso verificar, porém, que apesar de a orientação de trabalho em equipe estar contemplada na formação dos atores de saúde, como consta nas diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área da saúde, parte dos profissionais continua exercendo as suas atribuições individualmente, muitas vezes permeadas pelo descompromisso ou pela dificuldade de trabalhar em conjunto. Assim, para produzirem-se a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade nas relações de trabalho, haveria de serem superados alguns limites, como o do modelo biomédico, o qual é ainda reproduzido na formação dos profissionais de saúde. Conforme Saupe *et al.* (2005, p.523), a multidisciplinaridade “*indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação*”, e a interdisciplinaridade perpassa pela “*possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas.*” Além disso, sentimos a necessidade de refletir o papel do próprio hospital que deveria promover e capacitar os seus trabalhadores com o objetivo de imprimir uma qualidade de trabalho e de assistência com vistas à integralidade da atenção, no que concerne às relações entre os profissionais e destes para com os usuários, o que não é percebido pelo sujeito da pesquisa:

(...) Nós não temos reciclagem! A gente tá precisando. (...) Dar cursos pra gente não esquecer o bom atendimento ao cliente. Falta isso. (AE1-1)

Então, ninguém se acha no direito, no direito não, no dever de se valorizar, de correr atrás, de se atualizar. E por isso, estamos estacionados. Muitos profissionais aqui dentro estão estacionados. (...) Então a minha dificuldade com os profissionais hoje, é a dificuldade deles de pensarem que eles têm que ir até academia e buscarem o que há de novo. Essa renovação, essa vontade de estudar. (AS1-4)

Apesar de o hospital em estudo ser um *locus* de formação profissional com programas de residência médica e campo de estágio para universitários, observamos no relato que os próprios trabalhadores do pronto-socorro se encontram, muitas vezes, estacionados com relação à capacitação profissional. A instituição deveria oferecer educação continuada para os seus trabalhadores, incentivos à pesquisa, além de contemplar e valorizar as mais variadas formações na prestação dos serviços à população, o que não é percebido no cenário em estudo. O que verificamos é uma acomodação dos servidores, em sua maioria, pelos efetivos, pois possuem uma estabilidade profissional, como já discutido anteriormente, o que não os motiva a buscar novos aprendizados. Outro sujeito da pesquisa percebe, porém, que tais fatores têm levado a uma desvalorização profissional por parte da população ao longo dos anos, que se inicia desde a sua formação na academia, já que não basta só deter o conhecimento técnico-científico e de como aplicá-lo, mas também conscientizar-se da necessidade de envolver outros atores de saúde e o próprio usuário como integrantes no processo e no sucesso da assistência:

(...) a Medicina envolve tantas outras coisas que não o simples conhecimento da doença né... Pra isso tem os livros de patologia, de farmacologia, então, você vai conhecer, você vai saber diagnosticar, você vai saber operar com uma coisa técnica; diferente de indicar uma cirurgia. Ali é outra história. (...) Indicar que é o “x” da questão; se o paciente tem ou não uma indicação de ir pra uma mesa. Mas envolve essa relação médico-paciente, médico-parente de paciente; essa relação com o parente, com o acompanhante; a relação com o colega; a sua relação com os outros profissionais que estão envolvidos, o pessoal de nível técnico... Porque tudo isso é que vai fazer realmente sucesso daquilo. (...) o seu trabalho tá cada vez mais desvalorizado. Você não tem por parte da população, eu não quero que fiquem me jogando flores não sabe, mas você não tem realmente reconhecimento da sua dedicação. Às vezes sim, mas não como eu percebia há alguns anos atrás sabe. Porque eu realmente acho que naquilo que a gente faz, e no meu caso na área da cirurgia, muitas vezes a condução de um caso, quando você conduz muito, muito certinho, aquilo é o determinante entre até vida e morte. Não tô querendo, assim, criar uma áurea em torno da figura do médico não, mas com certeza assim, entre um paciente que recebeu um procedimento mais intervencionista e o outro não. Você conseguir conduzir uma coisa de forma conservadora e ter sucesso... Então, se você tem experiência, se você atua bem, é claro que aquele paciente vai se beneficiar da sua competência. E isso eu tenho percebido que não está sendo a contento. Eu não sei te falar assim o porquê. Eu acho que é uma coisa muito complexa. Tá na formação dos profissionais atuais, talvez. Tá nas condições de exercício da profissão... Eu acho que são várias coisas que estão levando a isso. (M2-13)

É possível notarmos, entretanto, que nesse discurso há certa soberania do profissional médico com relação às outras categorias profissionais e para com o usuário, já que o ato de contemplá-los no processo terapêutico perpassa mais pela subordinação. Mesmo que o entrevistado procure não se vangloriar, o seu relato enaltece a figura do médico como aquele que ‘indica’ e media um procedimento na fronteira da vida/morte, algo que é digno de nobreza. Logo, ele detém um saber-poder que lhe dá um tom de ‘endeusamento’ ante o diagnóstico e processo terapêutico, que o coloca em uma ação individual. Essa assertiva pode ser apreendida sob a ótica de Foucault (2006a, p.110), como acúmulo e formação de saber médico:

É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital.

Diante disso, por meio de um exercício analógico, podemos falar na “repetição” tratada por Maffesoli (2001), a qual permite melhor compreender uma linguagem social baseada no “ritual”, como um motor dos gestos populares e de suas atualizações. Assim, a repetição diz respeito ao dinamismo cotidiano, em que o ritual passa a ser observado como um fato social. Percebemos que o rito é o modo de aparecer a “teatralização” do ser social e individual que, no caso explicitado pelo sujeito da pesquisa, se remete ao ritual de impedir a morte do indivíduo por meio do ato cirúrgico. O teatro se dá na cena de sensibilizar, indicar, operar e salvar, o que torna aparente uma soberania social frente à doença ou patologia expressa. O teatro se constitui, então, na cerimônia cirúrgica na ordem do sagrado, em que o sucesso individual advém do saber-poder do profissional médico, e não da participação deste em uma trama de práticas assistenciais e de interações com outros atores, de um trabalho em equipe. Dessa forma, o teatro envolve também os outros profissionais, familiares e o próprio

usuário em um “jogo duplo”, onde se reafirma uma soberania do médico por meio do seu saber-poder ante as outras categorias profissionais, além de mostrar-se ‘endeusado’ à sociedade ao conferir-lhe um tom sagrado, pois atua no limiar da vida/morte, o que lhe garante a continuidade da disciplina e domínio sobre os corpos.²

Nesse contexto, a repetição do rito no cotidiano, por meio do teatro, torna aparente a reconstituição da soberania constituindo uma auto-afirmação no social, uma maneira de exteriorizar as trocas nessa organização (MAFFESOLI, 2001). O que o sujeito da pesquisa revela, porém, é que há uma ‘desvalorização’ profissional por parte da população, que agora não se contenta em ficar na platéia, mas que mesmo a passos lentos participa ao adentrar nas coxias, já que uma parte do jogo trata dele mesmo. Houve um tempo em que o usuário se entregava de forma incondicional ao médico, porém esse perfil tem-se esvaído aos poucos, já que o indivíduo também tem sido co-responsabilizado pelo sucesso de seu tratamento. Tal atitude talvez seja fruto de conscientização e autonomia gerados pelo movimento da atenção básica, passando a tomar conhecimento de seu próprio corpo e a cobrar os seus direitos. Assim, a medicina que, até então era uma profissão que se aproximava do ‘sagrado’, passa a ser vista como mais uma profissão da grande área da saúde, em que o foco não está mais no ‘divino’, e sim, no ‘terreno’. O usuário partícipe passou a cobrar desse profissional melhorias no atendimento e na assistência prestada, fato este que não é só de exclusividade médica, mas de toda categoria profissional da área de saúde. Dessa maneira, exige-se que o trabalho em saúde deva estar pautado na equipe, já que o individualismo não dá mais conta de responder às necessidades ampliadas do usuário.

Em face do exposto, apesar de constatarmos que o trabalho no hospital de pronto-socorro, o qual está pautado no modelo médico hegemônico, tem inúmeras dificuldades, algumas discutidas neste estudo, verificamos que parte dos sujeitos da pesquisa possui um

² Algumas das categorias utilizadas por Michel Maffesoli no estudo do cotidiano e que são encontradas no seu livro *A conquista do presente*, 2001.

sentimento de esperança quanto à melhoria do atendimento ao usuário e do próprio trabalho, mudanças que estão na ordem do desejável. Aliados à esperança, notamos que os atores dão valor às atribuições que desempenham no hospital de pronto-socorro, mesmo que não tenham a qualidade almejada, pois passa pela dimensão do ‘sentir-se’ útil:

(...) apesar de todo esse tempo que a gente tá aqui e de todas as dificuldades, não são poucas, são inúmeras dificuldades, o que a gente percebe é que quem trabalha aqui gosta demais daqui. Gosta demais, nessa característica de se sentir útil, de achar que o trabalho vale a pena, de que apesar de não ser aquilo que você gostaria que fosse, você ainda tem esperança que um dia vai chegar na qualidade esperada que o trabalho fosse feito. (E1-2)

Adoro dar o plantão aqui. Pode ser que é muito puxado, é muito coisa, mas eu gosto daqui. Eu faço com muito carinho. (AE1-1)

Quando eu entrei aqui me falaram que seria uma cachaça. (...) O que me faz ficar aqui é o trabalho mesmo, é o amor pelo trabalho. As condições de trabalho aqui são precárias, mas eu gosto do trabalho hospitalar (...) É um campo rico. E você pode ver como você pode ajudar as pessoas em poucas coisas, nas mínimas coisas. Então, eu amo o trabalho daqui. (AS1-4)

Nesse contexto, percebemos que o trabalho objetiva a ajudar o próximo, ao fundar-se no sentimento do amor. Sob essa assertiva, Maturana (2002, p.23) ressalta que *“o amor é a emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do outro como legítimo outro na convivência.”* Dessa forma, ele pode ser apreendido como aquilo que funda o social. Nesse sentido, o trabalho no cenário em estudo assume, portanto, uma característica social, já que ele é realizado para si e para o outro. O retorno alheio é a consagração de um trabalho reconhecido:

Eu gosto quando você tá trabalhando com o cliente e você tem um retorno. Eu acho legal quando depois de você atender, algum familiar te procura sabe e fala: “Olha, foi bom. Você não sabe como esse processo aqui, seu tipo de atendimento ajudou.” Porque é tão difícil você receber um elogio aqui dentro! [risos]. Quando vem, é uma coisa assim que é muito bem-vinda. (P2-6)

Um ponto positivo, que eu acho muito interessante, e eu gosto é o da recuperação do dia-a-dia do paciente quando a gente mexe com ele né. E eles nos agradecem muito e é muito gratificante quando eles vão embora e nos voltam assim, com pequenos agrados: “Olha, eu lembrei de você. Você me ajudou muito nessa recuperação.” (AE2-9)

A gratificação pessoal é um importante mecanismo que deve ser valorizado nas intermediações da instituição, já que ele leva à motivação profissional. O reconhecimento do trabalho pelo usuário é o apogeu para o ator da saúde, já que todo o seu esforço é canalizado para melhor recuperar o indivíduo que necessita de cuidados. Logo, para realizar um bom trabalho, faz-se necessário gostar daquilo ‘para que veio’; de legitimar a sua profissão.

Gosto do que faço. Quando a gente gosta a gente faz. Eu só espero ter a lucidez de na hora que chegar o momento em que eu não estiver fazendo as coisas da forma correta, que eu consiga perceber isso e que eu saia pra dar lugar pra outro. Deus me dê paz. [silêncio]. (M2-13)

Percebemos no discurso que há um reconhecimento do trabalho como aquilo que move o ser humano. Ao realizá-lo com apreço, tem-se a impressão de que ele se dá de forma correta. Há de se refletir, no entanto, que o correto nesse caso se refere àquele que o faz, e não, a quem o recebe. O que pode ser correto para o profissional de saúde, pode não ser correto na visão do usuário. Quais são as garantias de que um trabalho é realizado de forma correta? Ademais, parece-nos que o ato de trabalhar de forma correta suscita uma paz, uma tranqüilidade, já que o trabalho no âmbito da saúde se encontra na fronteira entre a vida e a morte. Lida-se constantemente com a dor e com o sofrimento.

O discurso, repleto de intrasubjetividade, revela ainda uma dificuldade do trabalhador quanto à percepção do momento adequado de parar de executar o seu trabalho e o seu exercício profissional. Quais são os indícios que levam uma pessoa que gosta do seu trabalho resolver interrompê-lo? Notamos que há uma perda nessa escolha, no sentido de abdicar-se de algo que lhe causa certa satisfação e que o move.

O trabalho é, portanto, algo desejado, pois ele adquire um sentido de ‘sentir-se útil para’, de produção. Nesse contexto, o trabalho deveria ser necessariamente realizado de forma interdisciplinar, já que o reconhecimento perpassa pela percepção do outro; ninguém trabalha

sozinho. Nesse encontro de sujeitos, ambos deveriam se reconhecer e promover uma abertura para o diálogo, como um espaço de trocas e aprendizado mútuo, onde cada profissional de saúde possa exercer e negociar a sua diferença e almejar uma prática direcionada para a integralidade tanto nos seus atos quanto para aquele que necessita de atendimento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez fosse preciso considerar que nosso conhecimento do mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão, de lógica e mitologia. (MAFFESOLI, 1988, p.90)

Procuramos apresentar neste trabalho uma reflexão sobre a integralidade da atenção em um hospital de pronto-socorro sob a ótica dos profissionais de saúde. O primeiro obstáculo encontrado foi a escassez de literatura sobre esse tema relacionado à atenção hospitalar, principalmente, ao pronto-socorro. Ao adentrarmos no campo, encontramos algumas dificuldades e acessos negados, talvez pelo receio do desconhecido e por se tratar de um tema complexo que ainda causa certa estranheza aos profissionais, os quais possuem suas subjetividades e singularidades que, muitas vezes, não são ou não devem ser exteriorizadas. Isso se colocou como um desafio a ser enfrentado na busca de compreender algumas nuances de um cotidiano tão rico.

Ao mergulharmos nos discursos dos sujeitos da pesquisa, pudemos abstrair as percepções e os significados dos profissionais de saúde sobre a integralidade da atenção em um hospital de pronto-socorro, o que nos permitiu transcender o conteúdo manifesto e compreender o vivido, a realidade inacabada para além da sua superfície. O estudo de caso fundamentado pela sociologia compreensiva, como caminho metodológico, consentiu-nos apreender o fenômeno na sua essência e na sua pluralidade, um cotidiano permeado pela dinâmica de relações, que se apresenta em seu presenteísmo, caótico e politeísta. Este referencial teórico permitiu-nos “*saber ouvir o mato crescer*”; estarmos atentos às coisas simples, silenciosas e pequenas (MAFFESOLI, 1988, p.251).

Assim, pudemos compreender que, apesar de a integralidade ser um termo polissêmico e indefinido, ela vai muito além do disposto no texto constitucional como um

princípio do SUS, e por meio dessa pluralidade de sentidos é que ela mostra toda a sua riqueza. Ela realmente se constitui em uma “bandeira de luta”, como define, com muita pertinência e propriedade, Mattos (2001). Por trás de todo o desconhecimento aparente da integralidade, como apontado nos discursos dos profissionais de saúde, ela é percebida como algo desejável no cotidiano das práticas assistenciais do hospital de pronto-socorro. Está, portanto, em processo de construção. À medida que nos aprofundamos no assunto, ela começa a tomar ‘corpo’ e passa a remeter-se necessariamente a uma relação entre sujeitos, em que se dá o reconhecimento do ‘eu’ e do ‘outro’.

Se de um lado notamos que a integralidade não se materializa nas práticas assistenciais em conformidade com a literatura, de outro, percebemos que ela está presente nas relações humanas, pois permeia o cuidado, algo que é intrínseco ao ser humano e que representa um modo de “ser-no-mundo”, fundado nas relações e na forma como o sujeito se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 2004a). Nessa perspectiva, observamos que, nas práticas dos profissionais de saúde, há uma efervescente vida de relações entre sujeitos, um movimento incessante de percepções e de conhecimento de si e do outro como legítimo outro na convivência, que se concretizam por meio do compadecimento da dor e do sofrimento alheios presentes no trabalho, pelo tempo de convivência e aprendizado mútuos e pelo conhecimento e respeito quanto ao trabalho do outro profissional.

Nesse contexto, a integralidade configura-se em um espaço de intersubjetividade, momento em que pudemos perceber a formação do vínculo entre os profissionais e destes para com os usuários. Nesse último caso, os discursos revelaram que o vínculo é formado no momento da alta hospitalar, e não, durante a internação, uma perda assistencial, já que ele deveria ser realizado desde a admissão do cliente. O trabalhador parece se sensibilizar com o outro quando ele passa a reconhecer o infortúnio alheio e ao também se enxergar como um ser de falências e/ou ao se perceber incapacitado por não conseguir resolver mais as necessidades

do usuário ou que o serviço não deu conta, o que lhe causa certa frustração. Emerge desse processo a necessidade de refletirmos sobre as garantias de saúde que o Estado oferece para esses usuários após a hospitalização. Esta pesquisa dá algumas direcionalidades, mas fazem-se necessários outros estudos para procurar responder tais indagações.

Em se tratando do cuidado no hospital estudado, observamos que o mesmo é realizado com imediatismo, focal e que reduz o indivíduo à sua patologia e/ou queixa, longe, portanto, de ser integral. Essa assistência pautada no modelo biomédico hegemônico está fortemente arraigada nas práticas e na formação dos profissionais de saúde da organização estudada. Consideramos, entretanto, que este modelo é o mais apropriado no atendimento inicial no serviço de urgência/emergência, já que o indivíduo que sofre um trauma ou algum distúrbio clínico procura um atendimento mais focalizado, sem ‘rodeios’, porque quer dar resolubilidade, o mais rápido possível, àquilo que lhe traz dor e sofrimento e que o coloca, muitas vezes, no limiar entre a vida e a morte. A necessidade de sobrevivência é instintiva. Nesse sentido, notamos que há uma integralidade focalizada no sentido de avaliar rapidamente as condições de saúde e tomar condutas imediatas que diminuam a ansiedade e o sofrimento do usuário, uma integralidade mais ‘técnica’ permeada por conhecimentos e protocolos estruturados. A resolutividade, nesse caso, se pauta no imediatismo. Após este primeiro contato, no entanto, o qual se dá em um curto intervalo de tempo, percebemos a necessidade de repensar as práticas assistenciais direcionadas para a integralidade da atenção, em sua forma mais ampliada possível, equidade e universalidade, três princípios que se cruzam e se complementam. Por mais dificuldades que se apresentem no serviço, nenhuma delas foi convincente o bastante para justificar tais ausências.

Os discursos apontam para uma assistência que prioriza a enfermidade e que secundariza o indivíduo ante a sua queixa. Dessa forma, o usuário perde a sua identidade e passa a ser objetado, além de receber um atendimento fragmentado, centrado na figura do

profissional médico, em que os mais variados saberes advindos de cada categoria profissional não são valorizados, nem complementares. Logo, o trabalho individualizado se mostrou presente no âmbito hospitalar, já que é este que dá reconhecimento profissional frente aos usuários e demais colegas de trabalho, que dá status e privilégios somente ao profissional médico. Foi possível notarmos que emerge desse processo uma forte hierarquização, que não esconde a violência das relações, mas que a expõe como tal, como a soberania médica nas ações cotidianas de saúde no hospital de pronto-socorro, uma cultura historicamente construída e que se mantém por meio de uma reprodução ininterrupta desde a formação profissional.

Os achados deste estudo permitiram-nos compreender que há, então, uma lacuna na percepção do trabalho em equipe pelos profissionais de saúde, que oscila entre o real e a utopia. Esta última não deveria ser apreendida como uma mera fuga da realidade, e sim, como um sonho possível, construído passo a passo. As articulações das ações de saúde e as interações entre os trabalhadores não foram percebidas, o que aponta para um trabalho fragmentado, apesar de os discursos revelarem que eles reconhecem a necessidade de um trabalho interdisciplinar.

Em meio a essa dualidade, os discursos revelaram que o atendimento ao usuário no hospital é bom e resolutivo. Entendemos, no entanto, que aquilo que é bom para os profissionais de saúde, talvez não seja bom para o usuário. Como administrar isso? Consideramos que talvez seja esta uma das muitas saídas para refletir e pensar mudanças na assistência que, a princípio, parecem apontar para tudo, menos para a integralidade da atenção em sua forma mais ampliada possível. Percebemos que as práticas assistências estão sendo ressignificadas, muitas vezes independentes das políticas que as embasam.

Dessa maneira, pudemos compreender que a integralidade deve ser pensada no micro e macroespaços, e que o hospital de pronto-socorro é apenas uma de suas estações. A ação

intersetorial deve ser vista no hospital e na rede de serviços. Pensar as práticas assistenciais significa reconhecer que um setor ou serviço por si só não trabalha sozinho; ele deveria fazer parte de uma trama de interações, em que se cumpram as linhas do cuidado por meio de um sistema de referência e contra-referência, respeitando-se a regionalização e a hierarquização.

A humanização da assistência também emergiu nos discursos dos profissionais de saúde, mas no sentido de ser mais uma técnica que busca remodelar as práticas de saúde rumo à integralidade da atenção. A política de humanização parece, então, ter perdido o seu sentido no serviço público. Assim, observamos que pensar a humanização da assistência para os seres humanos está mais para um pleonasma do que para uma ação de saúde efetiva no hospital de pronto-socorro. Parece que a ciência e a tecnologia continuam nos afastando de nós mesmos, colocando-nos como objetos de intervenção técnica, em detrimento de apreendermos o outro como sujeito. A humanização, assim como a integralidade, trata necessariamente de relações entre sujeitos.

Diante do exposto devemos refletir se o modelo biomédico é desumano. Se for trabalhado só na perspectiva da doença, acreditamos que ele possa ser desumano ao desconsiderar o psicológico e o social do indivíduo. Mas emerge daí uma inquietação: ele é pautado só na doença? Os discursos nos levam à seguinte afirmação: o indivíduo não deve ser objetado ante os olhos fomentados pela especialização e por conhecimentos estruturados que o esquadriham em partes biológicas. Embora a integralidade não recuse a necessidade das especializações, percebemos que elas têm uma importância considerável no atendimento das necessidades do usuário de forma abrangente quando pautadas por ações interdisciplinares.

Assim, compreendemos que a resistência à humanização pelos profissionais da saúde, que trabalham no espaço hospitalar, pode ser devida à perda da humanidade, ou pelo fato de o 'modelo biomédico' ser, ainda, o vigente no nível terciário da atenção, ou porque tudo isso permeia as práticas de saúde no cotidiano, que os leva a não repensar o seu trabalho

que se pauta na objetualização do ser humano. Acrescemos a isso, o fato de esses profissionais não saberem lidar com o ‘fracasso’ que a sua prática impõe ante a subjetividade do outro. Por consequência, eles se colocam, muitas vezes, em posição de superioridade, devido ao conhecimento acumulado, em relação ao usuário, levando-os a abortar as reflexões sobre a sua própria natureza, enquanto condição de ser humano.

Por mais que o profissional de saúde se aproprie, entretanto, de um poder-saber ante o usuário, é um sujeito que também padece com a sua prática e que pode lhe trazer um desconforto. Compreendemos, então, que no trabalho há uma lacuna entre o ato de ‘fazer’ e o ‘envolver’. Ele deve dar-se por meio da técnica pura e fria, excluindo a subjetividade desse processo, no sentido de não expor os sentimentos e as fraquezas do trabalhador ao outro que necessita de atendimento. Tal fato pode levar o profissional a assumir uma postura de distanciamento frente ao usuário, o que, muitas vezes, configura um espaço de ações consideradas desumanizantes e que, portanto, não aponta para a integralidade da atenção.

O corpo é investido de relações de poder que se aprofundam dentro da sociedade como, por exemplo, em uma equipe de trabalho, porém, nesse âmbito, ele pode ser produtivo e, ao mesmo tempo, submisso. Os conflitos existem, pois somos seres humanos e cada um possui singularidades próprias, logo temos as nossas diferenças. Dessa forma, temos que aprender a negociá-las, já que são elas as geradoras de mudanças. Isso nos coloca no âmbito da alteridade, em que se faz necessário construir novos olhares por meio das diferenças, o que configura um trabalho em equipe.

Assim, à luz de Foucault (2006c), observamos que o poder e o saber estão intimamente implicados. Não se trata de uma simples aquisição de conhecimento que gera o poder, mas o uso deste como forma de luta e conquista de espaços estratégicos dentro de uma organização. Conforme Maffesoli (2001, p.137), “*a diferença nos introduz na vasta questão*

da hierarquia”, o que pode estabelecer relações dissimétricas entre os profissionais e destes para com os usuários.

Em face do exposto, pudemos compreender que os profissionais de saúde atuam no cotidiano de um hospital de pronto-socorro de forma desarticulada, em que cada um possui a sua noção sobre a integralidade da atenção e a desenvolve nas suas práticas de acordo com os seus julgamentos. Essas reflexões, no entanto, nos levam à seguinte reflexão: neste infinito ‘mar’ de potenciais, que existe ao nosso redor, devemos buscar meios para ressignificar as nossas práticas cotidianas.

Acreditamos que para superar as relações dissimétricas entre os trabalhadores e para com os usuários, faz-se necessária uma relação fundamentada na solidariedade, a qual pressupõe a pluralidade humana por meio do diálogo. Assim, é possível estabelecer uma negociação em que o resultado seja uma cooperação no trabalho.

Na formação dos profissionais de saúde, haveria de prevalecer uma educação menos preocupada com a competição e privilégios, e sim, que permita uma responsabilidade individual e social, estando voltada para a colaboração, um espaço de trocas de saberes rumo à interdisciplinaridade. A educação deveria ser entendida como um processo ininterrupto e que acontece de maneira recíproca no cotidiano dos serviços de saúde, onde um profissional convive com o outro resultando na construção de novos conhecimentos e aprendizados mútuos.

Haveriam de quebrar os paradigmas de que o serviço público oferece práticas assistenciais desumanizantes e que os profissionais de saúde desses serviços são deficitários, descompromissados com o usuário, uma equipe inoperante. As organizações públicas de saúde deveriam valorizar os talentos e as potencialidades de cada profissional, além de motivá-los, por meio da promoção de cursos e treinamentos, inculcando em cada um uma responsabilidade social e a criação de espaços dialógicos entre os trabalhadores e com a

sociedade. É imprescindível acabar com o estigma de que não adianta fazer programas de melhorias nesses serviços porque não existem concorrências e que estes dependem da vontade política.

Nesse contexto, acreditamos que construiremos a integralidade nos diversos espaços onde ela se insere, na medida em que conversarmos as conversações que constituem a integralidade; devemos mergulhar nas conversações que a constituem visando a uma prática que está em construção no cotidiano. Para tanto, esperamos que este estudo possa suscitar novas pesquisas sobre o tema, além de possibilitar algumas reflexões pelos gestores acerca da integralidade da atenção apreendida no nível terciário da atenção e pelos profissionais de saúde no que diz respeito ao cotidiano de suas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. *et al.* Reflexões sobre a abordagem de time para o trabalho em equipe da enfermagem. *REME – Rev. Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v.8, n.1, p.246-250, jan./mar. 2004.

ALVES, M; RAMOS, F.R.S; PENNA, C.M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.14, n.3, p.17, 2005. Disponível em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/viewissue.php?id=12#Artigos_originais_-_pesquisa> ISSN: 0104-0707. Acesso em: 25 de mar. 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979. 229.p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *O Sistema Municipal de Saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 2001a. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa.php>> Acesso em: 28 mai. 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte. *Programa BH VIDA; BH Vida: Saúde Integral – implantação*. Belo Horizonte, 2001b. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=3001&id_nivel1=1&ver_servico=N> Acesso em: 28 de mai. 2005.

BOARETTO, C. *et al.* Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. Debatedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.20-22, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev 2006. doi: 10.1590/S1413-81232004000100003.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2004a. p.199.

BOFF, L. *Vida para além da morte*. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2004b. p.206.

BRASIL. *Lei n. 8.080*, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169> Acesso em: 28 maio 2005.

BRASIL. *Lei n. 8.142*, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 28 maio 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em 15 de out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Ministério da Saúde: Brasília, 1997, 34p. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2001*. Ministério da Saúde: Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm> Acesso em: 02 de abr. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. p.60. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 02 de fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224/GM de 05 de dezembro de 2002a. *Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>> Acesso em 20 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p.52. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/adm_hospit.html>. Acesso em 02 de fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 05 de outubro de 1988. 38.ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p.432.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.11-15.

CAMPOS, Gastão W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. cap.1, p.29-87.

CAMPOS, Rosana O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.573-583, jul.- set. de 2005.

CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 100p.

CASTRO, J.N. *Direito Municipal Positivo*. 6.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1996. 612p.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p.197-210.

CORNÉLIO, R.R. *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ*. 1999. 131f. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

COSTA, A.P.P.R.F.; CUNHA, G.R.; TRAJANO, A. *Diagnóstico administrativo dos setores SEC / SAN / SAV da Emergência do Hospital XXIII*. Belo Horizonte, out. 2003. 73f. [mimeo].

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. p.168.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, 2004, v.9, n.1, p.7-14.

FHEMIG. *Jornal da FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*, Belo Horizonte, out. 2005, Ano I, n.5. p.12.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006a. p.295.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b, p.231.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 32.ed. Petrópolis: Vozes, 2006c, 288p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, mai./jun. 1995.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1999. 107p.

GOMES, Márcia C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>> Acesso em: 25 de fev. 2007.

GOMES, Rafael S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p.105-116.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p.331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. Acesso em: 3 de abr. 2007

HOSPITAL JOÃO XXIII. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de Minas Gerais. *Regimento Interno*. Belo Horizonte, Minas Gerais, 1996. 64f. (mimeo)

HOSPITAL JOÃO XXIII. *Regimento do Serviço de Enfermagem*. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2002. 17f. (mimeo)

JACQUEMOT, A.G. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.144.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO, 2004, p.21-36.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2007.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986, p.99.

LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.17-37.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p.145-176, 2005.

MAFFESOLI, M. *O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva*. São Paulo: Brasiliense, 1988, p.293.

MAFFESOLI, M. *A conquista do presente*. 2.ed. Natal: Argos, 2001. p.231.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, v.9, n.2, p.433-444, abr./jun. 2004. ISSN 1413-8123.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Tradução: José Fernando Campos Fortes. 3ª reimpressão. Belo Horizonte: UFMG, 2002, p.103.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.300.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997a. p.71-112.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia, a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997b.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005, p.178.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p.269.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. *25 Anos de Alma-Ata: saúde é direito de todos*, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=195>> Acesso em: 2 de abr. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Maria Zelia Rouquayrol; Naomar de Almeida Filho (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, cap.20, p.473-487.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-109, 2001. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em: 25 mar. 2007.

PENNA, C.M.M. *Ser saudável no cotidiano da favela*. Pelotas: Ed. Universitária / UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997. 156p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antônio; SILVA JR., Aluisio Gomes da. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, João José Neves *et al.* (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. cap.12, p.269-284.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO, 2004, p.21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T.. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni (Org.); MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p.7-34.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.198.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SILVA, Maria A. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, décadas de 60 a 90*. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte, 1999. p.21 [mimeo]

SILVA, Teresa C.S. *A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família*. 2006. 152f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

TRIVIÑOS, A.N.S. A pesquisa qualitativa em educação. In: _____. *Introdução à pesquisa em Ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1987, cap.5, p.116-175.

VIANA, M.B.O. *O trabalhador de enfermagem em um cotidiano permeado pelo sofrimento do outro*. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.11, n.4, p.525-531, jul./ago. 2003.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3.ed. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p.133-156.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. p.212.

APÊNDICE A – Termo de autorização para a realização do estudo

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, Março de 2006.

Ilmo. Sr. Dr. Charles Simão Filho,
Diretor Geral do Hospital Pronto-Socorro João XXIII

Solicito sua autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente **“Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela UFMG, como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de autoria de Genilton Rodrigues Cunha, orientado pela Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela Prof^a Dra. Maria José Menezes Brito.

O estudo tem por objetivo compreender a concepção de integralidade da atenção dos profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de urgência/emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com profissionais da instituição, convidados a participar.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sa. para realizar o estudo proposto no Hospital Pronto-Socorro João XXIII e, posteriormente, apresentar o projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas, o qual trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na oportunidade, solicito também a autorização para divulgar a identificação do hospital e para a obtenção da lista completa de funcionários efetivos e contratados, com suas respectivas datas de admissão, pelo Departamento Pessoal, a fim de definir a amostra final com a qual pretende-se trabalhar nesta pesquisa.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos do estudo, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização das solicitações descritas e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada nesta instituição.

Certo de contar com a atenção de V. Sa., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

GENILTON RODRIGUES CUNHA

Identificação: MG-10.161.306

Endereço: Rua Placidina, nº 98, Bairro Sagrada Família

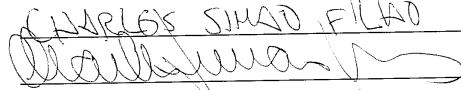
Telefone: (0xx31) 3466-2972 ou (0xx31) 9765-1488. E-mail: geniltonrc@yahoo.com.br

Orientadora: Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone: (0xx31) 3248-9867

Co-orientadora: Profª Dra. Maria José Menezes Brito. Telefone: (0xx31) 3248-9830

Telefone COEP – UFMG: (0xx31) 3499-4592

De acordo:

Nome: CHARLES SIMÃO FILHO
 Assinatura: 
 Identificação: M-756948 SSE-116
 Cargo: DIRETOR HOSPITALAR
 Instituição: HOSPITAL JOÃO XXIII

Dr. Charles Simão Filho
 Diretor Hospitalar Hospital São XXIII
 Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil - CPF: 129.923.346-33

Belo Horizonte, 20 de Abril

de 2006.

APÊNDICE B – Convite de participação aos sujeitos da pesquisa

CONVITE

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada provisoriamente “**Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**”, de autoria de Genilton Rodrigues Cunha, orientado pela Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela Profª Dra. Maria José Menezes Brito. Essa pesquisa encontra-se em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

O estudo tem por objetivo compreender a concepção de integralidade da atenção dos profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de urgência/emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Ressalta-se que sua participação é voluntária e consiste em participar de uma entrevista a ser realizada em local, data e horário previamente acordados. Desde já, firmo o compromisso de manter seu anonimato e o sigilo de informações para a pesquisa e de utilizar os resultados exclusivamente para fins técnico-científicos.

Certo de contar com a sua colaboração, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Genilton Rodrigues Cunha

C.I.:
Telefones:
E-mail:

Belo Horizonte, de de .

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você participará de uma pesquisa intitulada provisoriamente “**Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**”, de autoria de Genilton Rodrigues Cunha, orientado pela Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela Prof^a Dra. Maria José Menezes Brito. Essa pesquisa, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, é parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

O estudo tem por objetivo compreender a concepção de integralidade da atenção dos profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de urgência/emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas gravadas na íntegra em fitas cassetes, estando à disposição do informante ouvi-la, se assim o desejar.

Sua colaboração é voluntária, estando garantidos o seu anonimato e a utilização de nomes fictícios ou siglas em todo o estudo. A participação não se converterá em benefícios financeiros a nenhum participante, mas em muito contribuirá para a realização desta pesquisa. A título de informação, o projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação prévia do Comitê de Ética de Pesquisa da UFMG e do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital Pronto-Socorro João XXIII, tendo sido aprovado.

Ao entrevistado fica reservado o direito de solicitar qualquer informação ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, o direito de interromper sua participação a qualquer momento e não permitir a posterior utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo de qualquer natureza.

Nesta oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados, através de trabalhos técnico-científicos, colocando-me, ainda, à disposição dos participantes para discussão.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Genilton Rodrigues Cunha
(Pesquisador)

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu,

DECLARO para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa e metodologia da pesquisa intitulada provisoriamente “**Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**”, de responsabilidade de Genilton Rodrigues Cunha, orientado pela Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela Profª Dra. Maria José Menezes Brito.

CONCORDO em colaborar com o referido trabalho na condição de informante, deixando registrado que terei liberdade para retirar esse consentimento e autorização, a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou constrangimento.

DECLARO que estou ciente de que o pesquisador irá realizar a entrevista, que será gravada, ouvida, transcrita e servirá de base para o estudo em questão e, após sua utilização, a fita será inutilizada.

AUTORIZO, portanto, ao pesquisador a utilizar as minhas declarações, a discutir o material com sua equipe de pesquisa, bem como a utilizar partes, ou da íntegra, de minhas declarações no relatório final do trabalho. **CONCORDO** que as mesmas declarações possam ser utilizadas em qualquer veículo de divulgação científica desde que respeitado meu anonimato.

CONCORDO com todas as condições propostas pelo pesquisador para a participação e utilização de minhas informações no presente estudo.

Assinatura: _____ Doc.identidade: _____

Belo Horizonte, de de .

GENILTON RODRIGUES CUNHA

Identificação:

Telefone:

E-mail: geniltonrc@yahoo.com.br

Orientadora: Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone:

Co-orientadora: Profª Dra. Maria José Menezes Brito. Telefone:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP) DA UFMG

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte / Minas Gerais. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3499-4592

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:/...../.....

Nº da entrevista: Horário de início da entrevista: Horário de término:.....

Nome do entrevistado: Idade: anos

Sexo: () Masculino () Feminino Tempo de serviço na instituição:

Setor de trabalho:..... Turno:

Categoria profissional: Vínculo: () Efetivo () Contrato

- 1- Descreva como se dá o atendimento ao usuário neste hospital.
- 2- Descreva como se dá o atendimento ao usuário pelo profissional... (Especificar a categoria profissional do entrevistado).
- 3- Como você percebe o trabalho realizado na emergência e na internação por parte dos profissionais?
- 4- O que você considera que seja trabalho de equipe em saúde?
- 5- Descreva como é o relacionamento entre os membros da equipe do HPSJXXIII.
- 6- O que é integralidade para você?
- 7- Relate três situações que marcaram (ou que marcam) a sua trajetória neste hospital.

ANEXO A – Parecer de aprovação do EMI/EEUFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAUDE PUBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

PARECER

Título do projeto de pesquisa: Integralidade da atenção hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário (Título provisório)

Interessados: Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna
Mestrando Genilton Rodrigues Cunha

Relatora: Prof^a Dr^a Marta Araújo Amaral

HISTÓRICO

Recebi no dia 05 de abril de 2006, da Secretaria do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG, o Projeto de Pesquisa intitulado "Integralidade da atenção hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário" para análise e parecer.

MÉRITO

Trata-se de projeto de investigação de cunho qualitativo que tem como objetivo compreender a concepção de integralidade da atenção dos profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário em um hospital público de urgência/emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais. O estudo proposto enfoca a dimensão da integralidade nas ações realizadas pelos profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário em ambiente hospitalar, no nível terciário de atenção. O problema está bem delimitado e fundamentado.

Foi escolhido como cenário de estudo o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, que pertence à Rede FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais,

Aprovado em reunião de Câmara Departamen-
tal de EMI em 10/04/06;

Clarice Marcolino
Prof.^a Clarice Marcolino
Chefe Dept.º Materno-Infantil
e Saúde Pública/EEenf/UFMG
Inscrição Nº 112348

considerado como centro de referência para o sistema municipal de saúde de Belo Horizonte e Estado de Minas Gerais. Para este estudo propõe-se o uso da metodologia de Estudo de Caso e de entrevista semi-estruturada como instrumento para coleta de dados. As entrevistas serão realizadas com representantes das diferentes categorias profissionais que participam diretamente do atendimento ao usuário, tais como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, nutricionistas, assistentes sociais, funcionários da portaria e laboratório e serão analisadas pelo método de Análise de Conteúdo.

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado à pós-graduação de Genilton Rogrigues Cunha e é requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem. Tem como orientadora a Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna e como co-orientadora Dr^a Maria José Menezes Brito.

O projeto está bem fundamentado teoricamente, com objetivos claramente definidos e atende às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. É exeqüível do ponto de vista teórico e de tempo para sua execução.

Cabe ressaltar ainda, que o projeto é de alta relevância social, podendo contribuir para a compreensão da proposta da integralidade do atendimento ao usuário no âmbito hospitalar.

CONCLUSÃO

Diante de exposto, sou favorável à aprovação deste Projeto de pesquisa, SMJ da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 10 de abril de 2006


Profª Drª Marta Araújo Amaral

Relatora e Membro da Câmara Departamental do EMI

ANEXO B – Parecer de aprovação do COEP/UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

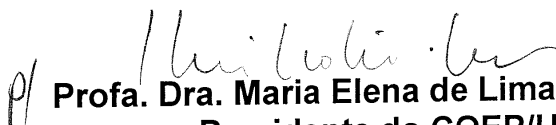
Parecer nº ETIC 123/06

Interesse: Profa. Cláudia Maria Mattos Penna
Departamento Materno-Infantil
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 31 de maio de 2006 o projeto de pesquisa intitulado **“Integralidade da Atenção na Assistência Hospitalar: Um Estudo com Profissionais que Participam do Atendimento ao Usuário”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO C – Parecer de aprovação do CEP/FHEMIG



Parecer nº 383

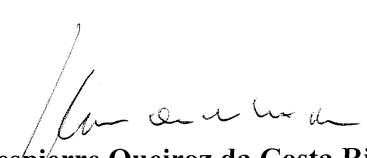
Interessados: Genilton Rodrigues Cunha

Hospital: Hospital João XXIII

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) aprovou, no dia 03 de agosto de 2006, o projeto de pesquisa intitulado « **Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**».

Relatórios parciais e final devem ser encaminhados ao CEP/FHEMIG com um intervalo mínimo de 6 meses (entre os relatórios), a partir da data de início do estudo.



Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Coordenador do CEP-FHEMIG