

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

Luciana Márcia Felisberto

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE LINHAS
DE CUIDADO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2013

Luciana Márcia Felisberto

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE LINHAS
DE CUIDADO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Nível Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, área de concentração Enfermagem e Saúde, linha de Pesquisa Prevenção e Controle de Agravos à Saúde, sob orientação da Professora Doutora Maria Imaculada de Fátima Freitas

Belo Horizonte
2013

F315a Felisberto, Luciana Márcia.
Avaliação qualitativa da implantação do modelo de linhas de cuidado em hospital público de Belo Horizonte [manuscrito]. / Luciana Márcia Felisberto. - - Belo Horizonte: 2013.
109f.
Orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Saúde. 2. Administração Hospitalar. 3. Assistência Centrada no Paciente. 4. Recursos Humanos em Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 153

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Antônia Vitória Soares Aranha

Escola de Enfermagem

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Vice-Diretora: Eliane Marina Palhares Guimarães

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Clara de Jesus Marques Andrade

Sub-Chefe: Anézia Moreira Faria Madeira

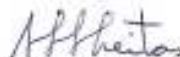
Colegiado de Pós-Graduação

Coordenador: Francisco Carlos Félix Lana

Sub-Coordenadora: Adriana Cristina de Oliveira

ATA DE NÚMERO 411 (QUATROCENTOS E ONZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LUCIANA MÁRCIA FELISBERTO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de maio de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE LINHAS DE CUIDADO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE"*, da aluna Luciana Márcia Felisberto, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Carla Aparecida Spagnol e Helvécio Miranda Magalhães Júnior, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 09:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Luciana Márcia Felisberto, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de maio de 2013.



Prof.ª Dr.ª Maria Imaculada de Fátima Freitas
(orientadora)



Prof.ª Dr.ª Carla Aparecida Spagnol



Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior



Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03/06/2013

Este estudo é dedicado aos profissionais de saúde do Hospital Risoleta Tolentino Neves entrevistados, pela disponibilidade, contribuição e implicação com a pesquisa e o serviço. São profissionais que vivem e constroem o Sistema Único de Saúde em seu cotidiano, enfrentando desafios e plantando sementes que brotarão em uma sociedade mais justa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de me tornar profissional da saúde e enfermeira nesta existência.

A minha querida e amada Mãe, que nos mostrou a importância da educação e do trabalho em nossa vida. Esteve presente em todos os momentos deste estudo, apoiando e dedicando olhares carinhosos nos momentos de dificuldades. Amo-a muito mais que o infinito!

A minha Juju, querida irmã, companheira, exemplo de enfermeira e professora de todas as horas. Não conseguiria iniciar, cursar e concluir o mestrado sem a total dedicação desta Irmã-mãe. Amar essa moreninha linda é muito fácil.

À Professora Peninha, a quem dei muito trabalho, e que soube me guiar pelos caminhos da pesquisa. Acolheu-me com total confiança em todos os momentos, tornou os estudos da Análise Institucional encantadores.

Aos amigos inseparáveis Ana Paula Rigueira e Leandro Costa o que seria de mim sem vocês e seus telefonemas de apoio?

Aos amigos do Cenáculo Espírita Thiago Maior, em especial às minhas queridas crianças que me recarregavam as energias todos os sábados.

Ao amigo Eduardo Rubim, por me ensinar a ver a vida diferente e me perceber melhor.

Aos queridos colegas do Hospital Risoleta Tolentino Neves, minha escola profissional e espaço de convivência de que sinto saudades. Sem essa instigante convivência, não se despertaria em mim o desejo de estudar as Linhas de Cuidado. Em especial, a Rita Gonçalves (mãe adotiva?) e Mônica Costa, pela confiança dedicada e aos aprendizados em meio a tanto trabalho.

Aos colegas do SAMU Contagem, pela disponibilidade e entendimento em trocar plantões de última hora, nos períodos de aula.

Aos colegas do Ministério da Saúde que me fizeram conhecer o SUS por outro olhar: percebendo a dimensão e a dificuldade de se construir um sistema único neste país tão diverso.

Aos membros do NUPESC, em especial à Marina, Walquiria, Gleyca, Clarissa e Patrícia, pela contribuição na coleta dos dados.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

(Emerson Elias Merhy)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a implantação do modelo de Linhas de Cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, considerando a implicação dos gestores, profissionais de saúde e dos usuários na proposta. O estudo foi motivado pela necessidade de se avaliar, do ponto de vista das pessoas envolvidas, como o modelo de Linhas de Cuidado estava sendo implantado na instituição pesquisada. A proposta teórico-metodológica é avaliativa de cunho qualitativo, com base na Análise Institucional para compreender os modos de ação dos sujeitos no interior das instituições e entre as instituições sociais nos processos de mudanças, como é o caso da implantação do modelo de Linhas de Cuidado em um hospital geral do Sistema Único de Saúde do Brasil. As informações foram coletadas por meio de entrevista grupal, grupo focal de profissionais do serviço e entrevistas individuais aos gestores e usuários, sendo analisadas com base na Análise Estrutural de Narração. Foram entrevistados dez usuários do serviço, sete gestores e realizados cinco grupos focais com trabalhadores assistenciais do hospital de estudo. A interpretação dos dados apontou três categorias centrais: O Processo de Trabalho; A Gestão Institucional; O Ensino no Hospital. Da categoria Processo de Trabalho emergiram cinco subcategorias: O olhar de gestores e trabalhadores sobre o modelo assistencial; As equipes multidisciplinares institucionais; A continuidade do cuidado e as diferenças nas estações de cuidado; O trabalho em equipe: multidisciplinar ou interdisciplinar?; O hospital e a rede de saúde; O usuário no hospital. Da categoria Gestão Institucional, emergiram três subcategorias: Planejamento e Gestão hospitalar; Gestão de Recursos Humanos; Comissões e Colegiados. Observou-se, certo desconhecimento com relação ao modelo proposto. A superlotação do Pronto Socorro e a sobrecarga de trabalho foram colocadas como limitantes para a implantação das Linhas de Cuidado. A continuidade e a integralidade do cuidado ainda são incipientes na instituição e as equipes, em sua maioria, caracterizam-se por agrupamento de pessoas. No entanto, as instituições Unidade de AVC, Cuidados Paliativos, EMTN, Residência Multiprofissional e Formação de Alunos estão rompendo com o modelo tradicional e funcionam como modelos, impulsionando os outros cenários para a lógica proposta. A

satisfação do usuário foi percebida principalmente relacionada ao bom atendimento prestado. A escuta deste usuário ainda é incipiente, sendo este colocado ainda as margens do tratamento, não proporcionando deste modo a autonomia do mesmo. São poucos os espaços de gestão colegiada para corresponsabilização dos atores. Compreende-se que o modelo assistencial de Linhas de Cuidado está sendo implantado na instituição com fortes forças instituintes de várias instituições presentes.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Administração e Organização Hospitalar. Assistência à Saúde. Assistência de Enfermagem. Assistência Centrada no Paciente. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the implementation of the model lines Care of a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, considering the involvement of managers, health professionals and users in the proposal. The study was motivated by the need to evaluate, from the point of view of the people involved, as the model was being carefully deployed in the research institution. The theoretical and methodological proposal is a qualitative evaluative, based on institutional analysis to understand the modes of action of individuals within institutions and between institutions in social change processes, such as the implementation of model lines Care in a general hospital in the Unified Health System of Brazil. The information was collected through group interview, focus group of professional service and individual interviews with managers and users, and analyzed based on the Structural Analysis of Narrative. We interviewed ten users of the service, seven managers and conducted five focus groups with aid workers from the hospital study. The interpretation of the data revealed three core categories: The Work Process; Institutional Management; Teaching Hospital. Work Process category five subcategories emerged: The look of managers and workers about the care model; institutional multidisciplinary teams; Continuity of care and differences in care stations; Teamwork: multidisciplinary or interdisciplinary?; Hospital and health network; User in hospital. Institutional Management category, three subcategories emerged: Hospital Planning and Management, Human Resource Management, Commissions and Colleges. Observed, some misunderstanding with respect to the proposed model. The overcrowding of the ER and work overload were placed as limiting for the implementation of Care Lines. The continuity and comprehensiveness of care in the institution are still incipient and teams, mostly characterized by grouping people. However, institutions Stroke Unit, Palliative Care, EMTN, Multidisciplinary Residency and Training Students are breaking the traditional model and serve as models, driving the other scenarios for the proposed logic. User satisfaction was perceived mainly related to the good service provided. Listening to this user is still incipient, this being placed further treatment margins, thereby not providing the same autonomy. Few spaces collegiate management to co-responsibility of the actors. It is

understood that the care model lines Care is being implemented in the institution with strong forces instituting various institutions present.

Key words: Health Services Management and Hospital Organization. Assistance to Health Care Nursing. Patient-Centered Care. Human Resources in Health.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVO | 23 |
| 3 METODOLOGIA | 24 |
| 3.1 Referencial teórico-metodológico | 24 |
| 3.2 Sujeitos..... | 26 |
| 3.3 Cenário..... | 27 |
| 3.4 As técnicas e os instrumentos..... | 29 |
| 3.5 Tratamento dos dados..... | 30 |
| 3.6 Aspectos éticos | 31 |
| 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS..... | 32 |
| 4.1 Os sujeitos entrevistados | 32 |
| 4.2 Os relatos expostos..... | 35 |
| 4.2.1 Processo de trabalho..... | 35 |
| 4.2.1.1 O olhar de gestores e trabalhadores sobre o modelo assistencial | 37 |
| 4.2.1.2 As equipes multidisciplinares institucionais | 49 |
| 4.2.1.3 A continuidade do cuidado e as diferenças nas estações de cuidado..... | 54 |
| 4.2.1.4 O trabalho em equipe: multidisciplinar ou interdisciplinar?..... | 62 |
| 4.2.1.5 O hospital e a rede de saúde | 68 |
| 4.2.1.6 O usuário no hospital..... | 72 |
| 4.2.2 A gestão institucional..... | 78 |
| 4.2.2.1 Planejamento e gestão hospitalar | 79 |
| 4.2.2.2 Gestão de recursos humanos | 81 |
| 4.2.2.3 Comissões e colegiados..... | 87 |
| 4.2.3 O ensino no hospital..... | 91 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| REFERÊNCIAS..... | 100 |
| ANEXOS | 105 |
| APÊNDICES | 108 |

1 INTRODUÇÃO

A gestão dos serviços e sistemas de saúde é considerada um grande desafio para a implantação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

Segundo Baduy *et al.* (2011), houve ampliação das ações e dos serviços disponibilizados para a população, porém ainda há um distanciamento importante entre as diretrizes e a existência concreta de uma rede contínua de cuidados integrais. A maior dificuldade é a integração entre os níveis de atenção à saúde, comprometendo as respostas às necessidades de saúde e, conseqüentemente, a legitimidade do SUS junto ao usuário.

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) traz a concepção de regulação, de matriciamento ou apoio matricial, e de linhas de cuidado como alternativas para articular gestão do sistema e produção do cuidado, para diminuir a fragmentação existente no sistema de saúde.

A regulação é um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, que utiliza instrumentos específicos para garantir a integralidade do cuidado.

Instrumentos para essa finalidade encontram-se na concepção de Linha de Cuidado, como parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado (CECILIO, 1997). Merhy e Cecílio (2003) afirmam que a linha do cuidado, como modelo assistencial, parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica, com a constituição de redes macro e microinstitucionais. Essa produção se estabelece em processos dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma “linha de produção”, mas voltada ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidades. Tem início na entrada do usuário na rede ofertada. A partir desse lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende conforme as necessidades do usuário. Esse fluxo pressupõe um nível de acompanhamento ou responsabilização do cuidador por esse usuário em cada ponto do percurso.

A linha de cuidado é, portanto,

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação,

mas também de disputa, [que] vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores...” (MERHY E CECÍLIO, 2003).

A linha do cuidado pode se formar dentro de uma Unidade de Saúde, por exemplo, uma Unidade Básica, Policlínica ou Hospital; ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de quais recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados e de onde estão esses recursos (FRANCO E FRANCO, 2002).

Para a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, é insatisfatório ter em conta apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também levar em consideração as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde (BADUY *et al.*, 2011).

Campos e Rates (2008) reforçam que a estruturação de unidades de produção de saúde e o estabelecimento de equipes de referência facilitam a reorganização dos processos de trabalho, da lógica gerencial e a pactuação pelos diferentes atores desse processo de trabalho. O reconhecimento dos diferentes saberes técnicos pela equipe, por si só, já é considerado um grande desafio.

Para Merhy *et al.* (1992), os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de grupos que, apoiados na dimensão política, explicitam as contradições e alinhamentos dos gestores e trabalhadores na organização da assistência.

Contudo, no “modelo médico produtor de procedimentos”, ou modelo médico hegemônico, a assistência à saúde se tornou algo extremamente resumido, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações e condicionantes do processo saúde-doença relacionada às condições sociais, ambientais e às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas (MALTA *et al.*, 2004). Esse modelo fundamenta-se nas chamadas tecnologias duras pois se ocupa, sobretudo, dos diagnósticos e tratamentos de doenças. Malta e Merhy (2010) lembram, ainda, que mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais dificultam a imprescindível colaboração entre os vários trabalhadores. Essa colaboração é dificilmente

respeitada no modelo de atenção à saúde voltado para o procedimento e que valoriza, sobremaneira, o ato médico.

Com modelos assistenciais assim e altamente onerosos para o sistema público, as discussões e propostas de novas tecnologias de organização da assistência passaram a fazer parte do cotidiano das instituições de saúde. De acordo com Malta *et al.* (2004), essas ações diferenciadas na produção da saúde, como o modelo proposto de linhas de cuidado, operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado que apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, promovendo mudanças nos serviços de saúde, centrando a atenção nas necessidades dos usuários.

Mudar o modelo assistencial requer, portanto, uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado em tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (MERHY, 2002; FRANCO E FRANCO, 2002). Isso significa, na prática, romper com fundamentos e modos de organização dos serviços de saúde instituídos como valores máximos existentes na prestação de assistência.

Malta e Merhy (2010) descrevem marcos conceituais da linha de cuidados nas perspectivas macro e micropolíticas, sendo as últimas compostas pela atuação da equipe na coordenação do cuidado, pela vinculação e pela responsabilização do cuidador e busca de produção da autonomia do usuário.

Considerando as perspectivas macro e micropolíticas essenciais para a construção do matriciamento das linhas de cuidado e a prática tradicional de fazer saúde, torna-se um desafio realizar a transformação do modelo assistencial. Os modelos de assistência são formados por ideias e ações que vão se institucionalizando, após questionamentos sobre as formas anteriores instituídas nos serviços e sistemas de saúde, mas as resistências aparecem, porque qualquer modelo traz consigo a violência simbólica institucional de querer permanecer para sempre na teia social (GOULART E FREITAS, 2008).

O hospital é provavelmente a instituição do sistema de saúde com a maior concentração de tecnologias duras, que, ao mesmo tempo em que permitem a execução de ações voltadas para as doenças e respectivos tratamentos, conferem maiores status e identidades a quem tem o maior controle sobre elas. As ações, os profissionais e os modos de cuidar que são

absolutamente necessários no processo de recuperação, prevenção de agravos e cura das pessoas, mas que não estão no centro do controle dessas tecnologias, recebem a conotação de menos importantes, e, conseqüentemente, apresentam menor força nas relações de poder na instituição. Pode-se pensar que a organização hospitalar inclui diferentes instituições que têm seus mitos fundadores, suas normas, suas alianças e conflitos internos e externos, mediados por finalidades sistêmicas, mas também pelas próprias lógicas institucionais e dos atores envolvidos. No hospital estão, dentre outras instituições sociais, a medicina, a enfermagem, a família, o paciente, o assalariamento ou outras modalidades de remuneração, os setores de apoio administrativo, as demais profissões da área da saúde e o próprio hospital, com suas estruturas funcionais e seus imaginários sociais que se entrecruzam para produzir cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que produzem poder e outros objetos sociais.

Castoriadis (1975) afirma que as instituições são formadas por bases objetivas materiais funcionais e pelo imaginário social, que é aquele que permeia toda a trama de persistência ou decadência de determinados valores e modos de organização social. Para o autor, o imaginário social corresponde às formas de interações aparentes e não-formais da organização social. São valores, pulsões, interesses claros e não ditos, que dividem, com a estrutura formal, a realidade da instituição.

Uma instituição não é, portanto, somente uma organização, como se tem o hábito de pensá-la, mas é sempre o resultado de luta entre o que é considerado normal e aceito na sociedade, o chamado instituído, e aquilo que questiona e denuncia essas normas, o chamado instituinte (FREITAS, 1991). Freitas (1991), Cecílio (1997) e Malta; Mehry (2010) lembram, assim, que cada instituição traz suas normas, mitos e lutas internas para se implicar em uma nova proposta que, no caso da implantação do modelo de linhas de cuidado, significa uma nova instituição a ser absorvida, aceita ou recusada pelas demais.

Nesse sentido, as Linhas de Cuidado, como estratégia de reorganização das ações no âmbito hospitalar, surgem como uma tecnologia instituinte. Podem ser entendidas como uma nova instituição que tem seu mito fundador no trabalho em equipe e, como norma, o cuidado centrado no sujeito,

quebrando, portanto, lógicas estabelecidas há muito tempo na realidade hospitalar do país. Diferente de se pensar um trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional com papéis hierárquicos e rígidos, as Linhas de Cuidado propõem arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultam em uma ação de apoio mútuo, articulando um grande número de trabalhadores no processo de cuidar (MERHY E CECÍLIO, 2003).

Campos e Rates (2008) colocam que a gestão participativa cria uma rede de espaços coletivos para a co-gestão do trabalho em saúde, colocados em prática com os Conselhos e Colegiados com poder decisório, colaborando para a gestão cotidiana do cuidado.

No entanto, os atores participantes dessas diversas instituições traduzem, na prática cotidiana, as solidariedades e conflitos inerentes ao processo de inovação (CASTORIADIS, 1987, FREITAS, 1991) que podem fortalecer ou dificultar a implantação das Linhas de Cuidado no hospital. As dificuldades objetivas na organização do trabalho são relevantes, porém aquelas ligadas à subjetividade dos sujeitos e ao imaginário da instituição podem ter o mesmo valor nos embates para se colocar em prática uma nova proposta, como afirma Freitas (1991), fundamentando-se em BERNOUX (1985) e HELMAN, (2003):

Os trabalhadores não são uma “caixa vazia”, ao contrário, utilizam seus espaços de autonomia para agir de acordo com o que consideram correto, pautados em seus valores e interesses.

Por isso, pode-se dizer que o hospital é, em si, uma instituição; mas, organizacionalmente, na teia social, inclui outras instituições com seus valores e imaginários que irão dificultar ou apoiar as mudanças.

Pode-se pressupor, portanto, que, para se ter o modelo de Linhas de Cuidado implantado, as diversas instituições e atores presentes precisam reconhecer sua existência no hospital para haver embates, aceitação e transformação no processo de trabalho, como algo vivo, em permanente institucionalização, agregando constantemente novos saberes e experiências.

Entre as premissas para a implantação do modelo de Linhas de Cuidado, na perspectiva micropolítica, destaca-se a busca da autonomia do usuário. Ter Linhas de Cuidado significa orientar o cuidado como ação que

incluiu corresponsabilização também do usuário, o que só será possível se houver capacidade para tomar decisões a partir de conhecimento fundamentado, apoio e diálogo que deem espaço às dúvidas e suas fragilidades. A autonomia do usuário é fundamental para fortalecer suas escolhas responsáveis.

Campos e Rates (2008) lembram que um Serviço de Saúde organizado exclusivamente no poder dos profissionais e sem o estabelecimento de vínculos tende a gerar descompromisso, fragmentação do trabalho, insatisfação dos trabalhadores e não é potente para enxergar a singularidade dos sujeitos e estabelecer a integralidade da assistência.

A integralidade da assistência pressupõe, portanto, a reorganização das relações entre os profissionais, entre os profissionais e a clientela, assim como fluxos eficientes de referência e contrarreferência entre os diversos serviços que compõem uma rede.

Tais pressupostos estão sendo buscados e testados com a implantação das Linhas de Cuidado em hospitais públicos e privados do Brasil, após a definição de políticas nesse sentido pelo Ministério da Saúde. Porém, não se conhece como esse processo tem ocorrido nesses serviços. Questões sobre como o processo de construção tem se dado, como está a adesão às propostas, quais entraves e facilidades são encontrados, devem ser objeto de avaliação pertinente para se corrigir rumos e fazer avançar a integralidade proposta desde 1988, com o Sistema Único de Saúde no Brasil.

A implantação das Linhas de Cuidado em um dos hospitais públicos de Belo Horizonte é o objeto de estudo da presente pesquisa. Trata-se de um hospital geral que adotou, em 2006, em seu plano de desenvolvimento institucional, o referido modelo de assistência, traçado a partir de quatro linhas assistenciais e duas linhas de apoio, sendo elas: Linha de Cuidado Intensivo, Linha de Cuidado Clínico, Linha de Cuidado Cirúrgico, Linha de Cuidado Maternoinfantil, Linha de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Linha de Ensino e Pesquisa (COSTA *et al.*, 2010). Nesse Serviço de Saúde, as Linhas de Cuidado assistenciais são coordenadas por um profissional médico e um enfermeiro.

Segundo os documentos que se referem ao projeto de desenvolvimento institucional (COSTA *et al.* 2010), tal modelo se fundamentou nos princípios

orientadores do SUS: universalidade, acesso e equidade, de acordo com os perfis de necessidades dos usuários e da integralidade de assistência, buscando uma articulação com os Serviços dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte e de municípios da Região Metropolitana, exigindo um processo cuidadoso de reorganização interna com reformulação de toda a estrutura do hospital em junho de 2006.

Em termos organizacionais, o modelo de Linhas de Cuidado construiu progressivamente um perfil de hospital geral de especialidades clínicas e cirúrgicas (ortopedia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular e neurocirurgia), com pronto-socorro de porta aberta para atendimento ao trauma e referenciado para urgências clínicas, produzindo o cuidado para adultos e crianças (HRTN, 2007; HRTN, 2007b).

Apesar de dificuldades vivenciadas pelos profissionais, observaram-se avanços na implantação do modelo, exemplificados pela formação de equipes de referência, construção de planos terapêuticos para alguns perfis de risco e formação de colegiados gestores. Porém, na prática de enfermagem, de uma das pesquisadoras, a experiência no hospital tem mostrado que não houve diferenças palpáveis entre o modelo conhecido de cuidado centrado no médico e com ações fragmentadas e o modelo proposto para o hospital baseado nas Linhas de Cuidado. Parece que as pressões do cotidiano da assistência hospitalar são maiores do que a força de propostas inovadoras, o que indica um distanciamento da prática com o que se pretende instituir no hospital. A experiência na coordenação da linha de cuidado clínico, na qual uma das pesquisadoras esteve responsável durante 3 anos, revelou esse descompasso e a conseqüente necessidade de avaliar, de forma sistematizada, a referida implantação, considerando os modos de implicação dos gestores, profissionais e usuários na assistência prestada no hospital.

Ressalta-se que o modelo assistencial com base em Linhas de Cuidado é uma proposta recente, e não somente no hospital em questão, o que requer estudos sobre sua implantação e as formas pelas quais os atores do processo estão reconstruindo sua prática profissional para produzir o cuidado.

A implicação dos trabalhadores e gestores em ações, programas ou propostas de inovação é fundamental para sua implantação ou seu descrédito. Então é necessário compreender as dificuldades e facilidades na implantação

de um novo modelo, na ótica dos atores envolvidos, incluindo os usuários do serviço.

Para realizar essa avaliação, foi escolhida uma Linha de Cuidado fundamental na assistência hospitalar da atualidade, a de Cuidado Clínico. A escolha dessa linha justifica-se pela elevada demanda no hospital, devido à epidemia vivenciada na saúde atualmente, na qual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam crescente morbimortalidade, que geram eventos crônicos de cuidados e que, com frequência, agudizam, levando o usuário a procurar serviços de “porta aberta” para urgência. A cronicidade dessas doenças exige cuidados contínuos, pois o usuário pode permanecer no hospital por períodos mais ou menos longos e, na pós-internação, necessita de acompanhamento incluindo o autocuidado e cuidados domiciliares prestados por profissionais de serviços de referência, além de familiares e outros cuidadores.

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013).

Essas doenças constituem um problema de saúde de grande magnitude, representando 72% das causas de mortes no mundo. Mundialmente são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Estima-se que no ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações (OPAS, 2010).

As DCNT são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Acompanham ainda perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

Assim, considera-se, como Malta e Merhy (2010), que a análise da Linha de Cuidado Clínico em que essas doenças estão inseridas na instituição de pesquisa, é exemplar na proposta de continuidade prevista pelo modelo de Linha de Cuidados, possibilitando o mapeamento dos recursos disponíveis nos

diversos segmentos da saúde, além de permitir avaliar as tecnologias utilizadas e a implicação dos profissionais para assistir os sujeitos, bem como a implicação desses últimos em seus cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL 2013), através da Secretaria de Atenção à Saúde, organizou em 2012 a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tendo como por objetivos gerais: fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas; garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas; contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Para tanto, é fundamental analisar a acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção. É importante perceber se a assistência é contínua, fragmentada ou interrompida como nos modelos prevalentes (MALTA *et al.*, 2004), entendendo o conjunto de ações como tecnologias que exigem conhecimentos científicos, estruturas físicas, equipamentos e materiais, pessoal suficiente, competente, disponível e envolvido com os processos de mudanças.

2 OBJETIVO

Avaliar qualitativamente a implantação do modelo de Linhas de Cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como referência a Linha de Cuidado Clínico e considerando a implicação dos gestores, profissionais de saúde e dos usuários na proposta.

3 METODOLOGIA

3.1 Referencial teórico-metodológico

Trata-se de pesquisa avaliativa de cunho qualitativo, com base na Análise Institucional (LOURAU, 1995; CASTORIADIS, 1987, FREITAS, 1991) para compreender os modos de ação dos sujeitos no interior das instituições e entre as instituições sociais nos processos de mudanças, como é o caso da implantação do modelo de Linhas de Cuidado em um hospital geral do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Segundo esses autores, uma instituição é mais do que sua forma organizacional objetiva, é mais do que o produto a que se propõe, é mais do que a função que se estabeleceu para ela na sociedade. A usina, a empresa, o hospital têm funções e resultados objetivos, mas também produzem modelos de comportamento, mantêm normas sociais, integram seus usos e costumes ao conjunto da sociedade e vice-versa. São instituições. O que se organiza em uma fábrica, por exemplo, não são somente o trabalho, a produção, o crescimento dos rendimentos e os serviços, mas também os fragmentos da ordem social, da luta de classes, dos valores coletivos e individuais que estão dentro dela, além do questionamento das formas impostas (ou a completa submissão). As instituições são, pois, formas sociais que têm dados objetivos e subjetivos, históricos e sociais, funcionais e imaginários, do conjunto da sociedade na qual estão inseridas e, ao mesmo tempo, formam essa sociedade.

Nessa ótica, LOURAU (1995) afirma que o conceito de instituição ultrapassa o de uma organização material e jurídica, puramente objetiva, afirmando:

“As organizações sociais de todos os tipos não são redutíveis ao físico e material, mas têm raiz na pessoa e não na coisa. Sendo um conceito flexível, suas fronteiras não são fixas. A instituição é uma coisa que mexe, uma categoria em movimento. É por isso que o homem pode pertencer, e de fato pertence, a um grande número de instituições independentes umas das outras e pode dizer: minha corporação profissional, meu partido político, minha religião, meu casamento, as múltiplas associações com as quais contribuo, etc.”

Para Castoriadis (1975), psicanalista e filósofo, a instituição é uma “rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções variáveis um componente funcional e um componente imaginário”, que resulta da luta entre o(s) instituído(s) e o(s) instituinte(s).

Freitas (1991), discutindo a conceituação apresentada pelos analistas institucionais, afirma que Castoriadis, utilizando fundamentos da psicanálise, propõe analisar a instituição como o psiquismo: uma norma em seu centro, repelindo as pulsões consideradas ‘não pertinentes’ para as margens, para se manter - é o instituído. É ele quem decide e controla o poder, estabelece os valores e os modos de representação considerados como normais. O instituído é, de fato, a norma, o centro da instituição. O instituinte, de seu lado, representa a capacidade de inovação, de rompimento e de transformação do que foi instituído - é a imagem da repulsão em psicanálise: as pulsões marginais se dirigem à periferia da instituição, em um movimento dialético de proteção e de transformação do instituído. É a partir dessa periferia que a instituição pode ser mudada, obrigando com isso que os instituintes permaneçam dentro da instituição para poder modificá-la. A lógica institucional é clara: a instituição só pode ser mudada enquanto se permanece dentro dela. Os instituintes têm, então, por princípio, a capacidade de fazer mudar a instituição, de negar o aspecto universal que ela apresenta como conquistado para sempre.

Assim, pode-se dizer que há uma luta contínua entre instituído(s) e instituinte(s) que se caracteriza, de um lado, pela lógica que faz com que o instituído se mantenha e, de outro lado, pela vontade do instituinte, que tem o interesse de transformá-la. Há, então, uma dependência entre instituído e instituinte para que exista instituição e é essa lógica prévia de estruturação da instituição que lhe permite manter sua legitimidade e seu poder. Os instituintes, novas ideias, questionamentos e representações provenientes de indivíduos ou grupos que gravitam dentro da instituição, utilizam todas as lógicas possíveis para modificar, destruir ou reforçar o instituído (FREITAS, 1991).

Segundo a autora, a prática instituinte faz-se, então, no interior da instituição, considerada como um modo de ação institucional, caracterizado pelo trabalho de seus membros e explicitado em seus diversos modos de implicação em relação a ela. A prática instituinte faz com que o instituído (o

centro) se veja, perpetuamente, obrigado a encontrar estratégias para se preservar: ou ele evolui e integra as inovações, sempre tentando proteger, da melhor maneira possível, o poder que tinha antes, ou se torna mais rígido e desconhece os poderes daqueles que estão em sua periferia. Se assim for, esses últimos terão a tendência de abandonar a instituição.

Os atores, tendo como prática instituinte o projeto de mudar a instituição, desenvolvem modos de ação fundados na constituição de redes de solidariedade em seu interior (e mesmo com atores de outras instituições). Na realidade, há sempre um balanceamento entre o jogo dos instituintes e aquele do instituído; a maior parte do tempo, a estratégia dos instituintes segue lógicas que visam manterem-se dentro da instituição (FREITAS, 1991).

A implicação, nos seus mais diversos modos, existe, portanto, para todos os que estão envolvidos com as finalidades e objetivos da instituição, que querem manter, evoluir ou mudar os instituídos.

Com essa base conceitual, foram ouvidos dirigentes, profissionais de saúde que desenvolvem as atividades na Linha de Cuidado Clínico do hospital em questão, bem como usuários do serviço, para que relatassem suas experiências e avaliassem suas práticas na implantação do modelo.

3.2 Sujeitos

O trabalho de campo foi realizado após a aprovação do projeto pelas instituições envolvidas e respectivos Comitês de Ética. Constou de entrevistas realizadas nas instalações do hospital com os sujeitos da pesquisa.

Foram incluídos profissionais das seguintes categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo. Esses profissionais foram entrevistados considerando-se sua atuação direta com a assistência ao paciente clínico, e que deste modo têm oportunidades de pensar e significar a prática cotidiana no modelo assistencial de Linha de Cuidados. Além desses profissionais, foram entrevistados os gestores do hospital, em três níveis de gestão, coordenação, gerência e diretoria, implicados na implantação do modelo de Linhas de Cuidado, além de usuários do Serviço com diagnóstico de DCNT, hospitalizados no serviço à época da coleta de dados. Estabeleceu-se, para a inclusão dos participantes,

além do critério de participação voluntária: 1) usuários em condições clínicas, avaliadas pelos profissionais do Serviço e disponíveis para darem seus depoimentos durante a hospitalização ou, posteriormente, em seus domicílios ou no Serviço de Saúde. 2) profissionais de saúde que tinham, no mínimo, um ano de trabalho na instituição. Esse tempo mínimo foi estabelecido por se considerar que o profissional possivelmente já se adaptou às rotinas de trabalho da instituição, podendo falar de sua vivência de forma aprofundada. O número de participantes não foi definido *a priori* e o critério para suspensão de novas entrevistas foi o de saturação das informações, quando se verificou, durante a coleta de dados, que há conjunção de dados pelos diferentes cuidadores sobre os fatos, as práticas, os fluxos, as avaliações das experiências. Para isso, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para a realização da primeira análise das falas, com levantamento dos temas tratados, para se definir a saturação (LAVILLE e DIONNE, 1999).

3.3 Cenário

O cenário da pesquisa é a principal unidade de referência para o atendimento de urgência clínica, cirúrgica e materno-infantil da população do eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) está situado na Região Norte de Belo Horizonte e faz parte do Distrito Sanitário Norte do Município. Foi construído em 1998 pelo governo estadual. Funcionou até 2006 com baixa utilização de seus recursos. Em junho de 2006, a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) assumiu a administração, por meio de um convênio firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo a Universidade responsável pela gestão administrativa e clínica da instituição.

Certificado como Hospital de Ensino em 07 de maio de 2009, pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 930 e recertificada em 2011, a instituição apresenta-se como hospital geral, de grande porte, inserido no Sistema Único de Saúde com importância crescente na assistência em trauma, de pacientes de média e alta complexidade de clínica médica, neurologia, doenças vasculares e na assistência materno-infantil de risco habitual (COSTA *et al.*,

2010). É importante ressaltar que esse Serviço de Saúde passou por processo de municipalização, iniciado em 2010, com gestão pela Universidade Federal de Minas Gerais. É também o hospital mais próximo do estádio de futebol Governador Magalhães Pinto, o “Mineirão”, onde serão realizados jogos da copa do mundo em 2014 e do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, em Confins (MG), o que deverá defini-lo como hospital de referência de atenção de urgência e emergência durante o evento.

Atualmente, o HRTN possui cinco salas cirúrgicas, unidade de terapia intensiva (UTI), clínica cirúrgica, clínica médica, maternidade, unidade neonatal e pronto socorro, totalizando 319 leitos. Atende uma população de aproximadamente 1.100.000 pessoas, residentes nos Distritos Sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova de Belo Horizonte, além de municípios vizinhos, principalmente Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia.

Seguem, abaixo, dados sobre a distribuição de leitos no período da coleta dos dados (TABELA 1).

TABELA 1 – QUADRO DE LEITOS

| ESPECIALIDADE | NÚMERO DE LEITOS |
|--|-------------------------|
| Clínica Médica | 96 |
| Clínica Cirúrgica | 84 |
| Maternidade – Alojamento Conjunto | 26 |
| Maternidade - Unidade Canguru | 4 |
| Maternidade - Neonatologia | 10 |
| UTI | 30 |
| Sala de paciente crítico no pronto-socorro | 5 |
| Pronto-socorro | 119 |
| TOTAL | 374 |

Fonte: Dados da Pesquisa

Durante o tratamento, os pacientes com DCNT transitam pela Linha de Cuidado Clínico na instituição. Nessa caminhada, utilizam 96 leitos da unidade de internação da clínica médica e grande parte dos leitos do pronto socorro.

3.4 As técnicas e os instrumentos

As informações foram coletadas por meio de entrevista grupal, grupo focal, de profissionais do serviço e de entrevistas individuais aos gestores, tendo como eixo uma questão indireta:

Gostaria que vocês falassem sobre o trabalho no hospital, as ações de cuidado desenvolvidas pela equipe, como são suas relações com o usuário, com os demais profissionais de saúde.

Questões de relance foram utilizadas somente nos momentos em que o entrevistador considerava necessário aprofundar algum relato, com suas justificativas e outras descrições: 1) Fale-nos das dificuldades e facilidades encontradas para a prática de assistência e aquelas vividas pelos usuários. 2) Ao avaliar o serviço, gostaríamos que você dissesse como se sente em relação à implantação das Linhas de Cuidado para organizar a assistência na clínica aqui no serviço. 3) Fale-nos sobre o que pensa do funcionamento das comissões de saúde do hospital.

Para os usuários, a questão orientadora da entrevista, que se deu de forma individual, foi:

Nós queremos que nos conte como foi para ser atendido aqui no hospital, o que você pensa do atendimento da equipe, como você avalia o Serviço.

As entrevistas individuais e em grupo foram gravadas em áudio digital após esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos e finalidades, a confidencialidade das informações e o uso estrito para os estudos. Foram feitas a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B). A duração e o número de entrevistas individuais não foram definidos *a priori*, ficando a cargo dos pesquisadores interromperem a coleta quando a análise preliminar dos dados mostrasse a exaustividade das informações, pelo critério de saturação proposto na pesquisa qualitativa (LAVILLE e DIONNE, 1999). Para os grupos focais, como todos os profissionais da Linha de Cuidado Clínico foram convidados, formaram-se cinco grupos, com média de oito participantes por grupo.

3.5 Tratamento dos dados

Os grupos focais e entrevistas individuais foram analisados com base na Análise Estrutural de Narração, proposta por Demazière e Dubar (1997).

Esses autores consideram que as discussões e relatos são uma narrativa do sujeito sobre os objetos em pauta, na qual se constrói uma reflexão em torno dos fatos (F) e personagens envolvidos (P), com apresentação de julgamentos, justificativas e explicações (J). Na narrativa, o próprio grupo ou entrevistado está construindo sua avaliação, considerando-se, portanto que, nela, tudo tem sentido. A interpretação significa, então, uma reconstrução desses sentidos para se encontrar as próprias categorias que os participantes construíram.

O processo de análise foi dividido em quatro momentos. Primeiramente foi realizada uma leitura, juntamente com a escuta de todas as gravações, corrigindo trechos pouco audíveis e acrescentando notas sobre o contexto das entrevistas.

No segundo momento, foi feita a leitura das transcrições, buscando o sentido global da fala de cada um, na etapa chamada de leitura vertical (BLANCHET e GOTMAN, 1992) que, ao final, possibilitou conhecer o “tom” da entrevista, e marcação de palavras e noções.

O terceiro momento foi o de “desconstrução” de cada entrevista; o conjunto do texto foi dividido em sequências numeradas (S), fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significações para a pessoa que fala ou para o grupo em torno de cada objeto de discurso.

O quarto momento foi o de reconstruir, a partir de cada objeto do discurso, cada fato ou situação descrita com as argumentações e pessoas citadas, reorganizando as sequências pelas categorias encontradas, na totalidade do relato, pois se encontram espalhadas ao longo da fala do entrevistado. Nessa fase, o pesquisador nomeou, provisoriamente, as categorias chamadas de ‘empíricas’.

Na última fase da análise, o conjunto de entrevistas foi analisado transversalmente, criando as categorias que englobam os achados, pela interpretação do pesquisador, com a fundamentação teórica pertinente.

Chegou-se, assim, às categorias teóricas. Essa etapa corresponde ao fechamento da análise, chamada de teorização, na qual as categorias foram aprofundadas pelas leituras e reflexões teóricas dos pesquisadores.

Segundo Freitas (1998), esse processo de análise permite recuperar a complexidade das experiências dos entrevistados; e os enunciados são categorizados em suas similitudes e diferenciações, nas disjunções e conjunções apresentadas.

3.6 Aspectos Éticos

A instituição em estudo foi contatada para a solicitação e a autorização por escrito para a realização da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do HRTN, e ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (COEP/UFMG). A pesquisa de campo foi realizada após aprovação das duas instâncias (ANEXOS A e B).

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o tema e os objetivos do estudo e aqueles que aceitaram a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002). A cada um dos participantes foi esclarecido que sua participação era livre e a desistência seria respeitada, não acarretando nenhum prejuízo a seu trabalho, no caso dos profissionais, e a seu tratamento, no caso dos usuários. Foi observado com rigor o sigilo de todos os depoimentos e materiais que foram coletados. As transcrições foram guardadas pela coordenadora da pesquisa, e serão armazenadas durante três anos, em local de acesso restrito aos pesquisadores.

Os resultados da pesquisa serão encaminhados aos profissionais de saúde da instituição, ao COEP/UFMG e aos gestores do Serviço.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 Os sujeitos entrevistados

Participaram da pesquisa sete gestores com formação na área da saúde, denominados por Gestor 1 a Gestor 7, 48 profissionais por meio dos grupos focais, denominados por GF1 a GF6, e dez pacientes internados no hospital com quadro de DCNT, denominados por nomes fictícios. Abaixo, serão apresentadas as sínteses do perfil do conjunto de gestores, dos grupos focais e do conjunto de pacientes.

TABELA 2 – DADOS SOBRE OS GESTORES ENTREVISTADOS

| Gestor | Estância do Cargo | Formação | Tempo no hospital |
|-----------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Gestor 1 | Direção | Médico | 6 anos |
| Gestor 2 | Direção | Médico | 6 anos |
| Gestor 3 | Coordenação Setorial | Médico | 6 anos |
| Gestor 4 | Gerencia de Serviço | Enfermeiro | 6 anos |
| Gestor 5 | Coordenação de linha de Cuidado | Enfermeiro | 6 anos |
| Gestor 6 | Coordenação Setorial | Enfermeiro | 3 anos |
| Gestor 7 | Coordenação de Linha de Cuidado | Médico | 6 anos |

Fonte: dados da pesquisa.

Todos os gestores trabalhavam na instituição por mais de três anos. Dos sete gestores entrevistados, cinco estão no hospital desde a mudança de gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) para FUNDEP. Quanto às instâncias de gerência, dois entrevistados ocupavam cargos de diretoria, um de gerência e os outros quatro são coordenadores (dentre os quatro, os dois coordenadores da Linha de Cuidados Clínicos). Os entrevistados se dividiram em quatro profissionais médicos e três enfermeiros.

TABELA 3 - QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS POR GRUPO FOCAL

| GRUPO FOCAL | CATEGORIA PROFISSIONAL | QUANTIDADE |
|--------------------|-------------------------------|-------------------|
| GF1 | Assistente Social | 2 |
| | Enfermeira | 1 |
| | Fisioterapeuta | 1 |
| | Fonoaudióloga | 1 |
| | Médico | 2 |
| | Nutricionista | 1 |
| | Psicólogo | 1 |
| | Técnico de Enfermagem | 1 |
| GF2 | Assistente Social | 1 |
| | Enfermeiro | 2 |
| | Fonoaudiólogo | 1 |
| | Médico | 1 |
| | Psicólogo | 1 |
| | Técnico de Enfermagem | 1 |
| GF4 | Enfermeiro | 2 |
| | Fisioterapeuta | 2 |
| | Fonoaudiólogo | 1 |
| | Médico | 1 |
| | Nutricionista | 1 |
| | Psicólogo | 1 |
| | Técnico de Enfermagem | 3 |
| GF5 | Assistente Social | 1 |
| | Enfermeiro | 2 |
| | Fisioterapeuta | 1 |
| | Fonoaudiólogo | 1 |
| | Médico | 3 |
| | Nutricionista | 1 |
| | Psicólogo | 1 |
| | Técnico de Enfermagem | 2 |
| GF6 | Assistente Social | 1 |
| | Enfermeiro | 1 |
| | Médico | 1 |
| | Nutricionista | 2 |
| | Psicólogo | 1 |
| | Técnico de Enfermagem | 2 |
| | Total | 48 |

Fonte: dados da pesquisa.

O Grupo Focal 3 não foi realizado devido ao número insuficiente de profissionais, que se agruparam aos demais grupos. As pesquisadoras não

agendaram novo grupo porque, após a primeira escuta e avaliação dos demais grupos realizados, percebeu-se a saturação dos dados coletados. Os grupos focais tiveram duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. O número médio de participantes foi de nove pessoas. É importante ressaltar que dois profissionais por categoria foram convidados para os grupos focais. No entanto, alguns grupos não tiveram a representação de alguns profissionais como, por exemplo, a ausência de fisioterapeuta e nutricionista no Grupo Focal 2; de Assistente Social no Grupo Focal 4 e de Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo no Grupo Focal 6.

TABELA 4 – PERFIL DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

| Paciente (nome fictício) | Sexo | Idade | Tempo de internação |
|-------------------------------------|------------------|--------------|--------------------------------|
| Dinorah | Feminino | 57 | 40 dias |
| Lourdes | Feminino | 45 | 7 dias |
| Vanilda | Feminino | 80 | 33 dias |
| Berenice | Feminino | 50 | 6 dias |
| Arnaldo | Masculino | 67 | 28 dias |
| Lauro | Masculino | 80 | 9 dias |
| João | Masculino | 59 | 35 dias |
| Onofre | Masculino | 47 | 19 dias |
| Jesus | Masculino | 52 | 9 dias |
| Tarley | Masculino | 75 | 33 dias |

Fonte: prontuário eletrônico HRTN – Sistema MV.

Os usuários entrevistados tinham em média 21 dias de internação hospitalar. Quatro eram mulheres e seis homens, todos com mais de 45 anos, sendo quatro idosos.

4.2 Os relatos expostos

As experiências foram relatadas após a introdução da pergunta aberta e em profundidade:

Gostaria que vocês falassem sobre o trabalho no hospital, as ações de cuidado desenvolvidas pela equipe, como são suas relações com o usuário, com os demais profissionais de saúde.

E para os pacientes internados:

Nós queremos que nos conte como foi para ser atendido aqui no hospital, o que você pensa do atendimento da equipe, como você avalia o Serviço.

Da análise das falas dos entrevistados emergiram três categorias centrais relativas à implantação do modelo de Linhas de Cuidado no hospital em questão:

- 1) O processo de trabalho;
- 2) A gestão institucional;
- 3) O ensino no hospital.

4.2.1 Processo de trabalho

O trabalho humano é definido como uma ação capaz de transformar a natureza e produzir algo que seja útil para a humanidade sendo, portanto, uma ação que transforma. Processo é o conjunto de ações necessárias para se transformar o objeto em produto. Não é somente o conjunto de ações, mas também a sequência em que essas ações são feitas. Pode-se dizer que o homem, por meio de seu pensamento, é capaz de planejar e gerenciar seu processo de trabalho. Portanto, a dimensão organizacional ou gerencial do trabalho diz respeito a como organizar as ações e os recursos, de maneira a se fazer o trabalho, gastando-se o mínimo com os melhores resultados para se atingir uma finalidade (SANTOS, 2010).

Para a área da saúde, o trabalho e seu processo tem especificidades.

O “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável

do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (PIRES, 2000).

A primeira categoria desvelada diz respeito a Processo de Trabalho, que se refere a como trabalhadores, gestores e usuários percebem as práticas cotidianas na instituição. Dessa categoria emergem seis subcategorias específicas do processo de trabalho propriamente dito:

- 1) O Olhar de Gestores e Trabalhadores Sobre o Modelo Assistencial;
- 2) As Equipes Multidisciplinares Institucionais;
- 3) A Continuidade do Cuidado e as Diferenças nas Estações de Cuidado;
- 4) O Trabalho em Equipe: Multidisciplinar ou Interdisciplinar?;
- 5) O Hospital e a Rede de Saúde;
- 6) O Usuário no Hospital.

4.2.1.1 O olhar de gestores e trabalhadores sobre o modelo assistencial

O modelo assistencial proposto para a instituição é o de Linhas de Cuidado. Mas como essa nova prática está sendo estabelecida na instituição? Como os profissionais percebem esse modelo?

Os gestores consideram que o modelo assistencial de Linhas de Cuidado é o eixo estruturante do projeto institucional e deve ser articulado a outras áreas de gestão do hospital. Essa abordagem deve ser feita de maneira global no hospital tendo como o “(...) grande objeto do trabalho a ser desenvolvido o sujeito, o paciente” (S5, Gestor 1). Consideram que esse modelo ainda está em processo de construção e conta com a liderança de médicos e enfermeiros para seu desenvolvimento.

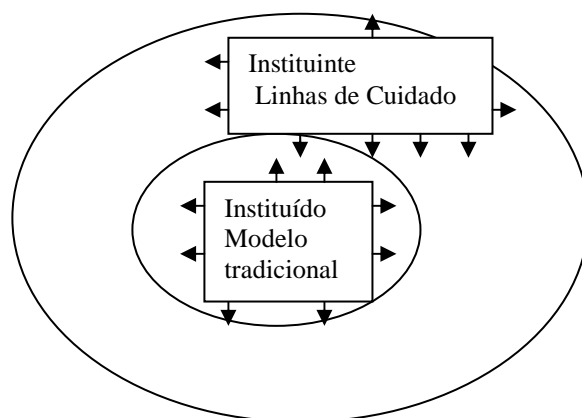
Segundo Freitas (1991), “uma instituição é mais que sua forma organizacional objetiva, é mais do que o produto a que se propõe, é mais do que a função que se lhe estabelece na sociedade”. Exemplifica que o hospital, assim como uma empresa ou uma usina, é uma instituição, tendo funções e resultados objetivos, mas também produz modelos de comportamento, mantém normas sociais, integra seus usos e costumes ao conjunto da sociedade e vice-versa.

Em uma instituição hospitalar, há várias outras instituições. A enfermagem, a medicina, o setor administrativo, os usuários, dentre outros, são instituições. O modelo assistencial proposto torna-se uma nova instituição a ser aceita ou não por esse mundo instituído no hospital.

Essas instituições são normas sociais que têm dados objetivos e subjetivos, históricos e sociais, funcionais e imaginários do conjunto da sociedade na qual estão inseridas e, ao mesmo tempo, formam a sociedade.

Para Castoriadis, *apud* Freitas (1991), a instituição tem uma norma em seu centro, repelindo as pulsões marginais para as margens para se manter: é o instituído. É ele quem decide e controla o poder, estabelece os valores e os modos de representação considerados como normais. O instituído é a norma, o centro da instituição.

O instituinte, por sua vez, representa a capacidade de inovação, de rompimento e de transformação do que foi instituído – as pulsões marginais dirigem-se à periferia da instituição, em um movimento dialético de proteção e transformação do instituído. A instituição modifica-se a partir dessa periferia, forçando a que os instituintes permaneçam dentro da instituição para poder modificá-la (CASTORIADIS *apud* FREITAS, 1991).



Dessa forma, pode-se compreender que o modelo de Linhas de Cuidado é uma nova forma instituinte para esse Serviço, sendo a todo o momento colocado para as margens pelo modelo tradicional (instituído) ainda enraizado nas práticas profissionais. Ressalta-se, nessa representação, que o modelo de Linhas de Cuidado mantém forças permanentes para a inserção na instituição.

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital ainda é uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. Esses autores colocam também que esse equipamento de saúde está em processo de redefinição pois estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. Estão em debate, então, as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

Nos discursos e falas de gestores, trabalhadores e usuários, pode-se observar como o modelo baseado em Linhas de Cuidado, centrado no usuário, objetivando a integralidade, está inserido no hospital.

O hospital teve uma ampliação maciça de atendimentos a partir de 2006. Os profissionais perceberam essa ampliação pela abertura de setores, a mudança do perfil de pacientes atendidos de menor gravidade para maior gravidade e o aumento do porte do hospital fazendo com que a assistência melhorasse e acompanhasse a progressão dos atendimentos (GF 1).

Como explicado anteriormente, as Linhas de Cuidado no hospital em estudo são coordenadas por uma dupla de médico e enfermeiro. Segundo o Gestor 1, existe uma autoridade vertical desses profissionais. No entanto, o Gestor 2 discute que cada vez mais é necessário introduzir novos saberes no modelo assistencial. Relata que é necessária uma mudança progressiva do modelo, antes pautado nos saberes médico e de enfermagem e que, apesar de o modelo ser horizontalizado no cuidado, ainda está centrado nessa dupla que sempre coordenou as ações de assistência, excluindo outros profissionais.

Talvez essa dupla represente ainda o modelo hegemônico tradicional impedindo que o usuário esteja no centro da força instituinte do modelo assistencial proposto. Contudo, Franco e Franco (2002) ressaltam que na Linha de Cuidado é necessário um gestor, para acompanhar o “caminhar do paciente por este percurso”.

O Gestor 1 reflete que o modelo de linhas de cuidado implantado no hospital por si só não garante a integralidade para o usuário pois, para o seu estabelecimento, o cuidado deve ultrapassar a instituição. Entretanto, considera que, apesar das dificuldades encontradas, tem uma boa avaliação da experiência do modelo assistencial e de gestão do hospital.

O Gestor 2 relata que, ao longo do tempo, percebeu que o modelo de Linhas de Cuidado traz reflexões quanto à generalização do processo de trabalho como algo insuficiente devido à complexidade do trabalho em saúde. Portanto, considerou necessária a mudança no processo de trabalho, com inserção cada vez maior de discussão sobre o modelo assistencial no cotidiano da instituição e isso é referido pelos profissionais da assistência entrevistados no grupo focal quando relatam ser um modelo não implantado ou que não promoveu mudanças:

Todo mundo faz pelo que sabe mais ou menos. Então quer dizer... Você falou que implantou em 2008, eu estou aqui desde 2006. Se você me falar assim “tem diferença de 2006 para 2008, ou para hoje?” Não, não sei te falar se eu realmente percebo esta diferença. Então, assim, se realmente é uma implantação para haver mudanças, então as mudanças ainda tem de ser feitas (S 40, Grupo Focal 4).

Dentro da linha de cuidado clínico, como cita o Gestor 2, existe a necessidade de se discutir perfis prioritários de cuidado e isso exige trabalho multiprofissional. Esse cuidado começa no pronto socorro com um grupo de reflexões mais elaborado. O perfil de pacientes mais graves vem exigindo um processo de trabalho com a participação e a interação dos profissionais envolvidos, e isso é uma mudança de paradigma.

Aí, sim, aí vamos dizer, essa virada do ponto visto de um modelo que antes era universalmente apoiado no saber médico e no saber da enfermagem ele pode, progressivamente, ele está sendo progressivamente modificado. Então assim, esse tem sido o meu grande desafio (...) (S16, Gestor 2).

É importante ressaltar que, no princípio da gestão atual, o modelo era centrado em forças instituintes constituídas por profissionais das duas categorias que estavam no centro do modelo anterior, as categorias médica e a de enfermagem. Pode-se inferir que as vivências de alguns profissionais os levam a se tornar instituintes, mesmo tendo suas categorias no centro do poder, em uma lógica reformista da instituição. Com o desenvolvimento das lutas para a institucionalização das Linhas de Cuidado, ficou claro que o modelo era insuficiente para a transformação da prática assistencial e propôs-se a inserção de mais forças instituintes, como a fonoaudiologia, a fisioterapia, a nutrição e outros saberes. No entanto, isso não significou perda de poder das categorias que estavam com a coordenação do processo. Essa luta de

categorias-instituições permeia a implantação do modelo assistencial de Linhas de Cuidado – nova instituição.

O Gestor 3 coloca que o modelo de Linhas de Cuidado no hospital foi baseado nas especialidades médicas, mas poderia se trabalhar com as Linhas de Cuidado com base no perfil do paciente. Considera que o modelo responde àquilo que a instituição está buscando, porém tem dificuldades, até pela mudança frequente de profissionais; portanto ainda não alcançou seu objetivo. Coloca como Linhas de Cuidado bem estabelecidas o cuidado clínico e a equipe de neurologia (não é uma Linha de Cuidado nos documentos institucionais). Ressalta que o cuidado cirúrgico ainda não incorporou o modelo de Linhas de Cuidado e que falta uma sincronia entre as Linhas de Cuidado quando o paciente passa de uma para a outra; por exemplo, a transferência do paciente da linha clínica para a linha de cuidados críticos.

O Gestor 2 afirma que a chegada do paciente é estratégica para se definir a ação e o potencial desse momento/local na instituição; no entanto, tem percebido, nesse setor, superlotação de pacientes e dificuldade de recursos.

A Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS tem por objetivos, de um modo geral, organizar a atenção às urgências nos hospitais, garantindo retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade e atenção hospitalar nas Linhas de Cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção. Ressalta-se que, nessa Portaria, foram definidos e estabelecidos parâmetros para Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), com o objetivo de se garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda. O NAQH é um espaço colegiado privilegiado de discussão sobre a emergência. O hospital em estudo não possui NAQH formado. Talvez esse Núcleo ajudasse a encontrar as forças instituintes e a servir de momentos de discussão para a implantação do modelo assistencial proposto e para se obter melhorias para essa porta de entrada hospitalar.

Em hospitais do país onde o NAQH está implementado, principalmente nos hospitais participantes do Programa SOS Emergências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) pode-se perceber maior envolvimento dos atores

sociais na gestão da emergência e melhoria de indicadores como taxa de ocupação e média de permanência. Nos hospitais participantes deste programa a instalação e funcionamento do NAQH é meta para o plano de ação.

Ressalta-se que gestores manifestam-se contrários ao fechamento de acesso ao paciente para solucionar o problema de superlotação da Unidade de urgência. Mas isso é observado como um ponto de tensão, pois frequentemente o não fechamento da “porta de emergência” superlota a Unidade de pronto socorro. Colocam-se, ainda, como solução para a superlotação, leitos de retaguarda no município e ações coletivas não isoladas de uma instituição ou órgão. Relata-se que o problema de superlotação das emergências não é apenas da instituição em pesquisa, mas de quase todas as emergências do mundo.

As dificuldades vividas no interior desse pronto socorro são relatadas pelo Gestor 6 que afirma existirem vários problemas, dentre eles, os inúmeros pacientes internados, o quantitativo insuficiente de profissionais, a falta de vaga no bloco cirúrgico, as restrições do escore de gravidade da clínica médica, os pacientes críticos e a estrutura física. Esse gestor relata desconhecer a proposta do modelo de Linhas de Cuidado e, diferindo da maioria dos gestores, propõe dimensionar diariamente a equipe de enfermagem com o coordenador de plantão (médico) para restringir a porta de entrada e, assim, melhorar a assistência para aqueles que estão em observação ou internados.

O desconhecimento desse gestor acerca do modelo assistencial proposto para a instituição é questionável e pode se tornar um fator crítico, pois gerir um setor por onde passam usuários de todas as linhas de cuidado, sem a compreensão dos objetivos desse modelo, pode levar o processo ao fracasso.

O Gestor 3 considera que, devido à superlotação da Unidade de pronto socorro, foi necessário horizontalizar o cuidado e a Unidade se tornou híbrida, tendo atendimento de urgência e internação. A seleção dos pacientes da linha de cuidados clínicos que devem ser internados em leitos hospitalares dentro da instituição obedece a critérios de um Escore de Gravidade, desenvolvido pelos médicos clínicos do hospital, para a internação em enfermaria. Esse escore diz sobre a idade, dias de observação, diagnóstico e necessidade de cuidado de enfermagem. Esse método de avaliação consta de uma política estabelecida pela instituição e nem sempre é bem compreendido pelos usuários.

A superlotação do pronto socorro também aparece como incômodo para os trabalhadores nos grupos focais.

Uma coisa que incomoda é quando paralisa a propedêutica, o doente não sai, e o pronto-socorro sempre lotado, sempre lotado. Por exemplo, você roda 40% dos pacientes de uma ala, são quase sete ou oito pacientes que receberam alta, o que é um índice impressionante pra um dia, e o impacto disso no pronto-socorro é próximo de zero. Na verdade você tira doentes e você recebe outros doentes e são cada vez mais idosos e mais graves, então você consegue antecipar o atendimento (S37, Grupo Focal 6).

O Gestor 1 relata que, no início da gestão, alguns profissionais médicos das Unidades de internação afirmavam “que o hospital lá de baixo, referindo ao pronto socorro, era muito diferente do que eles trabalhavam” e que esse relato foi motivador para horizontalizar a assistência do pronto socorro da instituição com os mesmos profissionais que faziam a assistência nas enfermarias. Atualmente, os médicos que acompanham os pacientes nas enfermarias são os mesmos que acompanham os que estão internados no pronto socorro, aguardando vaga de internação. Esse profissional ainda participa da discussão de priorização de vagas a fim de garantir um modelo assistencial integral.

Os Gestores 2, 3, 7 concordam que a horizontalização dos setores de observações do pronto socorro foi uma política institucional que diminuiu parcialmente a fragmentação do cuidado, mas ainda são necessárias melhorias. Acreditam que a horizontalização do cuidado aumenta a média de permanência dos pacientes no pronto socorro, mas, em contrapartida, qualifica o cuidado:

Antigamente, o plantonista vinha, fazia suas doze horas de plantão, ele saía do hospital, aquilo ali não era mais um problema dele. Então, essa quebra aí da jornada de trabalho, da forma de você fazer a contratação dos seus profissionais de transformá-los em diaristas, eu acho que tem sido a forma de você quebrar um pouco essa fragmentação do cuidado (S9, Gestor 3).

Segundo o Gestor 7, avanços foram conquistados como os médicos apoiando o processo de internação dos pacientes no pronto socorro e circulando nos setores da unidade para acompanhar o paciente. Considera que reuniões menores no dia a dia ajudam o envolvimento das equipes. O grupo de profissionais (GF 1) também avaliou que o atendimento assistencial na instituição melhorou muito ao longo do tempo. Consideram que no pronto socorro a horizontalização dos profissionais médicos e o atendimento multidisciplinar qualificaram a assistência aos pacientes e a acessibilidade dos

profissionais, porém ainda não é o ideal. Percebem uma grande diferença entre o cuidado e as relações no pronto socorro e na unidade de internação.

De modo geral, os profissionais (GF 1) afirmam que a horizontalidade dos profissionais é o que possibilita a melhor interação da equipe. E que o profissional horizontal, ou seja, acompanhando diariamente, é importante para ser referência para o paciente e sua família.

O Gestor 1 reflete que, no processo terapêutico, cada profissional é importante em determinado momento e que o trabalho multiprofissional, no modelo assistencial, deve ser induzido e construído, pois não ocorre espontaneamente; que o cuidado integral deve ser garantido e corresponsabilizado.

Assim, faz-se necessário implementar um plano terapêutico para o paciente com a inserção dos profissionais exigidos para a integralidade do cuidado demandado pelo usuário demanda e não apenas com o saber médico, como ocorre atualmente (Gestor 1, Gestor 2, Gestor 3). Porém, para o Gestor 3, o plano terapêutico multidisciplinar não deve ser para todos os pacientes, deve-se atentar para o perfil do usuário e não generalizar.

Ayres (2004) define ação terapêutica como uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. A integralidade do cuidado exige o olhar aprofundado e experiente que valoriza, sobremaneira, a experiência e o contexto do usuário, o que certamente aponta para importância da multidisciplinaridade e da transdisciplinaridade que a instituição hospitalar deve conquistar.

Assim, o modelo tradicional da formação dos profissionais também foi relatado como ponto dificultador para a implantação do modelo assistencial proposto (Gestor 2 e Gestor 3), pois os profissionais às vezes se comunicam apenas por prontuários, excluindo a possibilidade de discutir os casos, como cita o Gestor 2 (S24):

(...) então você vê certo isolamento das diversas categorias profissionais que tentam manter um exercício de grande autonomia do seu fazer. Às vezes se comunicam exclusivamente pelo prontuário, quando deveriam pegar o telefone e falar: preciso discutir esse caso com você porque eu não estou achando que é muito isso. Então, vamos dizer, essa forma tradicional da gente produzir, gerir o cuidado e ser formado profissionalmente, eu acho que são as maiores dificuldades que a gente tem, mas por outro lado, eu acho

que apesar de ser uma coisa que, inicialmente, ela é até meio difícil de você administrar, que é a identificação das fragilidades e do que não deu certo, apesar dos esforços, aí desmascara um pouco esse modelo tradicional.

Baduy *et al.* (2011) abordam que, ao se atuar sobre as tensões presentes no cotidiano do trabalho em saúde, evidencia-se que as tecnologias já disponíveis são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do cidadão.

Outro ponto dificultador apontado pelo Gestor 2 é que alguns profissionais percebem-se com pouca inclusão no processo de trabalho e por isso ficam dependentes de pedidos de interconsultas para atuar no processo assistencial. Afirma que atualmente o grande investimento é para assegurar a atuação das outras categorias nesses processos. Colabora com essa ideia o Gestor 3:

Eu acho que o paciente, ele ainda tem um cuidado muito fragmentado. A gente ainda tem uma visão... O profissional – aí não é só o médico – que está no pronto socorro, ele ainda não incorporou a necessidade de ter um atendimento mais transdisciplinar do paciente, no sentido de que a gente não vai conseguir responder a uma demanda do paciente só com um profissional, só com um atendimento. Eu acho que ainda existe uma dificuldade de compreensão nisso. Então, o paciente, o cuidado dele ainda é fragmentado no pronto socorro (S4).

Campos e Domitti (2007) definem que o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado. Para esses autores, é *mister* reconhecer que não é esse o padrão de subjetividade dominante em ambientes de concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas. Nesses casos, as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranóico da concorrência alheia. Por outro lado, é comum o profissional construir identidade e segurança, apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares.

Segundo os Gestores 2, 4, 5 e trabalhadores (GF 2 e 4) entrevistados, o absentismo da equipe de enfermagem aparece também como um grande dificultador do processo de trabalho, gerado pela desmotivação e processos de adoecimento. A falta de profissionais gera conflitos entre os membros da

equipe e interfere na qualidade do atendimento. O enfermeiro tem sido o mediador desses e de outros conflitos entre as equipes e, segundo os profissionais do GF 2, funcionários antigos facilitam a construção diária do trabalho.

Silva e Trad (2005) afirmam que os enfermeiros acabam mediando as relações não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal, o que pode ser atribuído ao fato de que, historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde. Os autores colocam que a necessidade de responder às demandas do Serviço impede, muitas vezes, de serem colocadas em prática ações programadas. Além disso, o grande número de atividades que cada profissional exerce faz com que, ao longo do tempo, a concepção de trabalho se fragmente. Então, o planejamento é realizado de forma individualizada; isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades.

Os trabalhadores relatam confiança e indicação no atendimento do hospital. Porém relatam que não existe interação para condução do caso quando há mais de uma especialidade médica envolvida, ficando, dessa forma, o cuidado fragmentado.

Segundo os gestores, o tratamento ainda é centrado no médico, apesar dos pequenos avanços do modelo assistencial e interventor na prática de outros profissionais

Ele que define a alta desse paciente, ele que define o plano terapêutico do paciente. Muitas vezes com base na decisão dele que as outras profissões tomam suas condutas (S7, gestor 5).

Entretanto, o Gestor 4 afirma que o modelo de Linhas de Cuidado organizou a assistência de enfermagem e proporcionou melhor parceria com o profissional médico e outras equipes. Afirma, ainda, que é um modelo bom para o usuário, pois ele é ouvido e respeitado em seus direitos. Corroborando com esse gestor, os profissionais dos Grupos Focais 1 e 2 relatam que o processo de trabalho multidisciplinar ainda está em construção, mas expressam um sentimento de crescimento como equipe, relatando possibilidades de discutir o caso, expressar opiniões e realizar trocas de

experiências: "... o médico não é o dono do paciente, o foco é o paciente (S20, GF 1)".

Mendes (2005) coloca que o cenário em que o médico não era contestado em suas ações vem se modificando, favorecendo a autonomia do paciente.

Os profissionais do Grupo Focal 4 trazem a discussão sobre a importância do conhecimento adquirido com a prática assistencial, mas percebem uma relação de dependência para o desempenho de suas atribuições com relação aos médicos. Esse profissional ainda é citado pelo grupo em momentos como de tomada de decisão, sem consulta ou diálogo com a equipe.

Trabalhar com bases em práticas em equipe implica mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre profissionais de saúde e usuários. Provoca, portanto, resistência e disputa. E o hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações (CECÍLIO E MERHY, 2003). Explicitando essa compreensão teórica de movimento de forças institucional, Lorau (1995) reflete que:

O instituído, o *status quo*, é que atua com um jogo de forças extremamente violento para produzir certa imobilidade [na instituição].

Profissionais do GF 1 percebem que as Linhas de Cuidado dão uma identidade às equipes e permitem uma fluidez para dentro da linha – setores, mas não permitem uma relação entre as linhas. Relatam não perceber uma interação entre CTI e clínica médica, maternidade e pronto socorro, por exemplo. O GF 2 ressaltou as dificuldades de acionamento das equipes médicas, principalmente cirúrgicas e ortopédicas. Afirmam que a discussão de caso entre médicos não é uma regra; dependendo dos profissionais envolvidos, ela ocorre ou não. Consideram que o relacionamento com outras equipes não é cem por cento, mas é relativamente bom. Indicam dificuldades mais explícitas com a equipe da farmácia.

Franco (2006) afirma que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários; isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos; e esses fluxos são operativos, políticos,

comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

Os profissionais do GF 6 reforçam que, à medida que definem uma proposta de trabalho por meio da coordenação e assumem uma postura de acordo com essa proposta, são cada vez mais acionados por outros profissionais e a instituição incentiva essas ações.

O número de interconsultas cresceu muito, muito mesmo na clínica cirúrgica. A enfermagem, os próprios pacientes demandam muito, chamam, perguntam, pedem o acompanhamento. Eu atribuo mais a essa postura que talvez partiu um pouco de mim, partiu um pouco da ideia da nossa coordenação também. Eu acho que é uma coisa parcialmente pessoal do meu posicionamento, parcialmente da equipe que tem se articulado, se integrado, oferecido uma proposta para o hospital (S10, Grupo Focal 6).

Profissionais do GF 5 consideram o quinto andar do hospital, que recebe usuários clínicos mas principalmente pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVC), exemplar para o modelo de Linhas de Cuidado, sendo a assistência mais sistematizada, com profissionais esclarecidos sobre o momento de atuar e em número suficiente para a demanda. A profissional de fonoaudiologia relata identificação de sua demanda e atuação independente de solicitação médica – sem interconsulta – caracterizando “empoderamento” de sua prática no processo de trabalho.

Os trabalhadores (GF 2 e 4) colocam a necessidade de definir o que é de responsabilidade de cada categoria, pois a orientação da linha de cuidado foi considerada para a prática médica.

Então, eu fico sentindo falta um pouco de ter isso mais palpável, talvez escrito ou divulgar para todo mundo onde que é a função de cada um, onde termina e onde começa a do outro. Para que a gente possa mesmo se a gente não tem aquela relação pessoal boa, fazer o que tem de ser feito. A gente sabendo que aquilo é sua função e aquela é a do outro, você consegue fazer seu trabalho mesmo sem ter essa facilidade (S4, Grupo Focal 4).

Campos e Domitti (2007) afirmam que o papel de cada instância, de cada profissional no processo, deve ficar bem claro; no entanto, segundo os relatos nas entrevistas, o conhecimento dos profissionais sobre o modelo assistencial adotado pela instituição ainda é heterogêneo; alguns profissionais relatam trabalhar sem saber a política assistencial do hospital, mas acham que fazem a linha do cuidado; outros não sabem o que é linha do cuidado (GF 4).

Alguns consideram linhas de cuidado como trabalho em equipe e outros como um planejamento estratégico. Ressalta-se que, apesar da heterogeneidade, afirmam terem percebido mudanças no processo de trabalho (GF 5). Indicam também que o modelo assistencial não abrange todos os pacientes e que, atualmente, depende do médico a implantação; mas concordam que deveria ser de todos os profissionais. Alguns buscaram informações sobre o modelo de Linhas de Cuidado na internet e consideram que essas informações deveriam estar disponíveis.

O GF 2, que foi formado por profissionais assistente social, enfermeiro, fonoaudiólogo, médico, psicólogo, técnico de enfermagem, reflete que atualmente o conceito de Linhas de Cuidado está fora da realidade do plantonista médico, pois ele atende intercorrências e não está voltado para o acompanhamento do paciente. No entanto acha interessante o modelo.

Falando de sua história no hospital, o Gestor 5 relata que, quando trabalhava diretamente na assistência ao paciente, tinha conhecimento do modelo assistencial, mas não o compreendia; porém, quando assumiu cargos de gestão é que percebeu melhor como funcionava o modelo. Considera que “na prática” ele não funciona do jeito que ele é “na teoria”. Ressalta que o coordenador da linha de cuidado deveria ter mais condições de estar inserido no processo de gestão do cuidado, pois atualmente está sobrecarregado com funções administrativas burocráticas. Sente a necessidade de trabalho técnico, por exemplo, em discussão de casos, estabelecendo o melhor cuidado para o paciente, o que muitas vezes não é possível.

A função de coordenador de linhas de cuidado no hospital em estudo é dividida em atividades administrativas, como administração de recursos humanos, equipamentos/materiais e atividades de coordenação assistencial. No relato do Gestor 5, fica clara que não existem forças simétricas entre as duas atividades, ficando a atividade assistencial em detrimento das atividades administrativas.

Um fator positivo de melhoria após a implantação do modelo foi a percepção de como pacientes graves chegam à unidade de internação. Profissionais relatam que anteriormente pacientes chegavam sem avaliação médica, o que não acontece atualmente. Colocam que o paciente é transferido

para o setor onde sua demanda encontre a oferta de tratamento, o que melhorou o fluxo de atendimento no hospital.

Muitas vezes a gente recebia paciente bem grave no andar e no andar a gente não tem estrutura pra esse tipo de paciente. Às vezes paciente que demanda CTI, muitas vezes não tem vaga, fica vários dias no andar entubado, é complicado. Acho que agora melhorou bastante. Às vezes ainda chegam pacientes graves. Chega num dia, é entubado à noite. Mas assim, bem menos agora (S41, Grupo Focal 6).

De um modo geral, os gestores consideraram que o modelo de Linhas de Cuidados melhorou a assistência no hospital e que ainda são necessárias melhorias, principalmente a inserção de todos os profissionais no cuidado, não apenas o corpo de enfermagem e o médico. É importante ressaltar que, em todas as falas, pode-se perceber a importância de um plano terapêutico interdisciplinar na prática diária da instituição. Ao contrário, um gestor considerou o modelo inadequado para o Sistema Único de Saúde e outro gestor não sabe dizer se as mudanças ocorridas são provenientes da implantação do modelo, pois não tem conhecimento do mesmo.

4.2.1.2 As equipes multidisciplinares institucionais

Essa subcategoria irá discutir três equipes multidisciplinares institucionais do hospital que tiveram relevância durante as falas de gestores e profissionais: Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), Equipe de Cuidados Paliativos (ECP) e Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN).

Dentro da instituição hospital, percebem-se, mais uma vez, outras instituições; agora, as equipes formadas. Cada equipe formada por seus valores coletivos, forças, imaginários e interesses claros e não ditos.

O Gestor 1 coloca que a UAVC foi criada a partir da grande demanda de pacientes com esse perfil no hospital. Ressalta que atualmente é referência para o Ministério da Saúde na discussão nacional de uma linha de cuidados para esse perfil de paciente. A linha de cuidado do AVC é regulamentada pela Portaria 665 de 12 de Abril de 2012 (BRASIL, 2012b).

O hospital possui uma Equipe de Cuidados Paliativos, criada em 2009 e uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), regulamentada pela RDC N 63 (BRASIL 2000); ambas não possuem enfermaria específica para internação de pacientes, como ocorre na UAVC, pois os pacientes estão internados ou em observação em todos os setores do Serviço. A EMTN é regulamentada pela RDC 63 de 06 de julho de 2000, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Trabalhadores e gestores de uma forma geral colocam que as Equipes Multidisciplinares da instituição são espaços para se discutir casos em que se pode perceber boa interação entre os profissionais. Afirmam que os profissionais são acessíveis até mesmo fora do momento das reuniões.

...além dos cuidados paliativos, tem a equipe também da EMTN, da nutrição que nós também participamos, que é pra discutir os casos dos pacientes (S10, Grupo Focal 1).

Profissionais relataram que o envolvimento e o relacionamento entre as equipes das unidades de internação melhoraram após a criação dessas equipes institucionais que foram mostrando um modelo de se trabalhar. Ressaltam que essa melhoria também foi percebida após a entrada dos Residentes Multiprofissionais no hospital.

Eu acho que, a partir desses modelos, a gente começou a ter o parâmetro mesmo de como fazer independente de ter essas equipes ou não. Agora, que elas funcionam perfeitamente, com certeza não, elas não funcionam assim cem por cento (S16, Gestor 5).

No entanto, apesar dos vários relatos de melhorias com o modelo exemplificado por essas equipes, o Gestor 5 difere dessa opinião, afirmando que a discussão de casos e o trabalho em equipe estão apenas nas equipes institucionais. Coloca que os pacientes que estão fora do atendimento dessas equipes são excluídos do modelo.

...e a gente vê muito isso mais com pacientes das equipes. Os cuidados paliativos, a equipe do AVC, no pessoal da residência multiprofissional. Mas os pacientes que estão fora dessas equipes, eles ficam um pouco excluídos dessa dinâmica que funciona tão bem pra esses pacientes, mas pros outros pacientes não existe. Existe um caso ou outro, mas se você for olhar no contexto, eu acho que é pouco (S5, Gestor 5).

Esse mesmo gestor ressalta que reuniões clínicas e administrativas nas equipes multidisciplinares institucionais possibilitam a discussão dos casos e a melhor definição do cuidado.

Na verdade, eu acho que como existe uma sistematização das reuniões clínicas, das reuniões administrativas, eu acho que as equipes conseguem se reunir e criou-se um hábito mesmo. Por exemplo, na UAVC, quando começou, tinha as reuniões clínicas, mas eram conduzidas pelo médico. As equipes, elas não falavam nada. Por exemplo, na época que eu trabalhava, até mesmo os outros profissionais, era reunião onde o médico, ele conduzia a reunião toda. Hoje, depois de três anos com a UAVC, hoje houve uma melhora. Muitas vezes quando o médico não pode participar a reunião não acontece, mas já percebe melhoras na autonomia das outras profissões, um exemplo disso é a importância da psicologia nos cuidados paliativos (S8, Gestor 5).

Os trabalhadores afirmam que existe discussão diária e que as reuniões semanais são espaços de trocas de experiências e que estas promovem melhor interação entre as categorias. No entanto, se dividem nas opiniões sobre o trabalho interdisciplinar; parte afirma estar “engatinhando” e sendo construído e parte afirma: “(...) não é o médico que é o dono do paciente, somos todos em conjunto” (S20, GF 1).

Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer esse tipo de diálogo em equipe, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado para a elaboração de um projeto terapêutico único (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Talvez essas equipes multiprofissionais estejam rompendo com o modelo tradicional - instituído por meio de uma abertura maior, de um espaço mais democrático, para as outras categorias não médicas e permitindo que o instituinte - o novo, se torne uma instituição. Essa luta interna e constante dentro das equipes pode estar servindo de instituinte (força contrária) para as instituições do hospital, como a equipe de uma unidade de internação, a equipe do pronto socorro, a enfermagem, a psicologia e outras instituições. Não há como afirmar que as mudanças estão se solidificando, mas existem e colocam em cheque ‘verdades’ assumidas como tal ao longo do tempo na instituição hospitalar.

Sobre a autonomia do usuário nessas equipes, trabalhadores e gestores concordam ser parcialmente respeitada. Afirmam que o usuário na maioria das vezes não tem poder de decisão, ficando a cargo somente da equipe. Mesmo assim, consideram que o usuário é beneficiado com o modelo do hospital.

Nesse sentido, afirmam que pacientes que estão nas equipes multidisciplinares, têm maior poder de decisão. Colocam que, pelo perfil de

atendimento da ECP, esta se destaca das outras no respeito à autonomia do usuário.

A equipe do cuidado paliativo tem uma atenção, tem um olhar diferenciado sobre esse paciente (S7, Grupo Focal 2).

De um modo geral, gestores e trabalhadores consideram que a participação nas equipes multidisciplinares do hospital enriquece o trabalho.

As próprias equipes multidisciplinares que tem aqui, eu acho que enriquecem muito o trabalho, trazem uma visão diferenciada (S7, Grupo Focal 2).

Especialmente na UAVC, trabalhadores consideram que o processo de trabalho em outras unidades de internação é diferente da Unidade de AVC, pois profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não permanecem fixos nos setores.

Ressaltam que os pacientes dessa Unidade são acompanhados pelos mesmos profissionais quando migram para outro setor.

Percebe-se que a UAVC no hospital funciona como uma Linha de Cuidados, mesmo não sendo nos documentos institucionais definida como tal. O cuidado é continuado pelas estações e existe responsabilização pelos cuidadores.

A ECP e a EMTN funcionam como equipes de Apoio Matricial para o cuidado dos pacientes nas Linhas de Cuidado estabelecidas, diferindo da UAVC neste aspecto.

Campos e Domitti (2007) definem Equipe de Referência, sendo a equipe que responsabiliza pelo cuidado de forma horizontal e Apoio Matricial, um apoio em saúde com o objetivo de assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

É importante ressaltar que a inserção das categorias no caso dos pacientes que estão nas equipes multidisciplinares institucionais, independe de solicitação médica ou pedido de interconsulta. Isso mostra o empoderamento instituído nessas equipes, o que não acontece fora das mesmas

Entra um paciente com AVC no hospital. Aí, a gente é comunicado e a gente faz a avaliação dele independente de o médico pedir ou não (S48, Grupo Focal 4).

Em estudo de Otenio *et al.* (2008), observou-se que o médico é um elemento central do processo assistencial em saúde; os demais profissionais que participam da assistência estão subordinados às decisões médicas, ou seja, executam as atividades delegadas. Isso parece se quebrar, aos poucos, com a implantação das Linhas de Cuidado, como no caso do hospital analisado. Tal interpretação aponta para a força instituinte das Linhas de Cuidado, mas também para a necessidade de atenção redobrada nessa institucionalização, porque os 'velhos instituídos' estão prontos e ancorados suficientemente nos hábitos para se manterem ou se reestabelecerem no hospital.

De acordo com os relatos de gestores e trabalhadores, as equipes multiprofissionais do hospital são exemplos de trabalho em equipe no hospital, impulsionando os outros cenários institucionais para o modelo assistencial. Percebe-se, ainda, o trabalho centrado no médico; mas fica claro o empoderamento das categorias profissionais no processo de cuidado do paciente. As reuniões sistematizadas de discussão de casos são potências para a interdisciplinaridade e integralidade do cuidado, objetivos do modelo assistencial.

A força instituinte das equipes multidisciplinares, intituladas neste estudo como institucionais, estão conseguindo romper o modelo tradicional médico-hegemônico e fragmentado. No entanto, Freitas (1991) afirma que os conflitos e as necessidades estão intrinsecamente contidos na nova instituição. Isso afasta a ideia de que uma instituição é fixa e estável, que uma norma é estabelecida para sempre. Os conflitos e as necessidades existirão sempre e a instituição resultará da luta entre o instituído e o instituinte, em constante reinstitucionalização.

4.2.1.3 A continuidade do cuidado e as diferenças nas estações de cuidado

Sobre a articulação do processo de trabalho, Franco (2006) pondera que todo processo em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, normativos, na organização do trabalho. Portanto, faz-se necessário pensar o perfil que assumem as redes constituídas no serviço de produção da saúde. Existem redes que se organizam em cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado Serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que vai se formando como se suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos.

Sobre a organização dessa assistência, o Gestor 1 relata que, no planejamento do hospital, pensaram uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que se responsabilizasse pelos pacientes críticos que estivessem no hospital e não apenas nos leitos da UTI, uma Unidade isolada do restante da instituição, como o modelo tradicional replica atualmente nos serviços de saúde.

No entanto, segundo os profissionais, entre os setores, estações de cuidado, na maioria das vezes há uma quebra na continuidade do cuidado do paciente.

Ao mesmo tempo que uma identidade permite uma fluidez interna do grupo, também faz com que esse grupo se feche pra fora e que os processos. Então assim, eu não sei se a UTI alcança a clínica médica tanto quanto a gente gostaria. Eu não sei se os processos da maternidade alcançam o PS, por exemplo, no atendimento da mulher vítima da violência como isso é necessário (S54, Grupo Focal 1).

Os profissionais reconhecem que protocolos assistenciais únicos e comunicação efetiva, para além dos prontuários, com discussão do caso proporcionaria um fluxo contínuo no tratamento dos pacientes.

Mas assim, eu acho que se todo mundo falasse a mesma língua, seguindo um mesmo protocolo desde o início, no caso, por exemplo, de feridas, o paciente tem, vamos tratar desse jeito. Ele vai pra UTI? Vamos dar seguimento ao tratamento mesmo na clínica médica (S73, Grupo Focal 1).

No entanto, Baduy *et al.* (2011) ponderam que não basta montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. É necessário efetuar-los no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, gestores, trabalhadores e usuários.

Schiesari (1999), por seu lado, considera que recursos frequentemente adotados para atenuar esse tipo de fragmentação são normas, sistemas de acreditação e protocolos que procuram padronizar condutas e definir fluxos por onde deveriam circular os pacientes.

No entanto, os trabalhadores consideram que existe uma tentativa de melhoria de interação entre a equipe da UTI e da clínica médica, mas esta ainda é falha, devido às dificuldades de comunicação entre os serviços.

Agora, eu acho que na UTI é um universo à parte, a gente não se comunica com UTI, eu acho que tem essa falha. Nosso paciente piora, a gente passa o caso solicitando a vaga, mas não tem esse feedback e quando o paciente recebe alta também, a proposta de continuidade de do tratamento não é feita (S77, Grupo Focal 1).

Sobre a interação/comunicação entre os profissionais, o GF 1 relata que existe acompanhamento contínuo; por exemplo da fisioterapia no hospital, com passagem de caso verbal, principalmente do paciente procedente da UTI, o que corrobora com uma continuidade no cuidado. No entanto, consideram que, no pronto socorro, estabelecer essa continuidade é mais difícil, pois nem sempre há um profissional acompanhando o usuário. Ressaltam que a sobrecarga de trabalho muitas vezes não permite acompanhar integralmente o paciente e que a continuidade no tratamento poderia aumentar com número adequado de profissionais para o atendimento dessa demanda.

Afirmam que, para a continuidade do processo de produção de saúde, não é necessário que os profissionais acompanhem os usuários por todo o hospital e que a discussão de casos, o uso de protocolos e encaminhamentos internos responsáveis possibilitariam a construção de um plano terapêutico da admissão à alta do serviço. Refletem que seria complexo pensar o profissional de enfermagem transitando pelo hospital com pacientes, mesmo que seja esse o profissional apontado como integrador das ações nas equipes.

Profissionais do GF 5 consideram relevante a realização de reuniões para formalizar e balizar o que atualmente é feito de maneira não sistematizada.

Profissionais do GF5 relatam que a sobrecarga de trabalho dificulta a assistência ao paciente e promove até a 'desassistência'. Relatam um número reduzido de profissionais para o atendimento e dificuldade de atuar preventivamente, exercendo cada vez mais apenas papéis curativos. Refletem sobre a priorização de atendimento aos pacientes e frustração ao não atendimento aos demais. Afirmam a necessidade de cuidado adequado a todos os pacientes com possibilidade de planejar e preparar o usuário para a alta hospitalar. A redução de escala no período matutino e finais de semana é apontada como aspecto propiciador da diminuição de número e qualidade dos atendimentos, segundo profissionais do GF 6:

“...mas eu trabalho pelo menos um final de semana por mês, a gente percebe também que no final de semana você tem três hospitais: tem o hospital do dia, o hospital da noite e o hospital do final de semana.”

Caneiro e Berti (2009) afirmam que os profissionais de saúde têm conhecimento da necessidade e da importância de informar aos doentes e aos familiares os procedimentos terapêuticos, a fim de garantir uma produção de saúde com conexões e fluxos contínuos. Porém, não conseguem alcançar essa meta por causa da escassez de pessoal, da sobrecarga de trabalho, das longas jornadas, dentre outras dificuldades.

O GF 6 menciona que o plantão diurno permite uma maior aproximação com os pacientes, acompanhantes e familiares e que isso facilita o cuidado, porém referem relações mais frias durante os plantões noturnos devido ao processo de trabalho diferente. Afirmam uma descontinuidade da assistência à noite por parte da equipe de enfermagem e que, por esse motivo, escutam dos pacientes que em hospitais privados seria diferente. Exemplificam que existem dificuldades com um olhar fragmentado quanto à tentativa de autoextermínio e o embrutecimento do profissional perante a demanda apresentada pelo usuário. Relatam que a situação toma dimensões de normalidade e que a equipe de psicologia vem demonstrando para os demais profissionais o que há por trás dessa demanda.

No entanto, o discurso da descontinuidade no cuidado é permeado por aquele referente aos fluxos contínuos quando trabalhadores refletem sobre resultados positivos percebidos pelo menor número de intercorrências clínicas dos pacientes admitidos nas unidades de internação.

É importante ressaltar, nessa divergência de discurso, as forças instituintes de um modelo de redes conexas tentando se institucionalizar e um modelo tradicional de gestão de cuidados lutando para continuar sendo o centro da instituição.

Das estações de produção de saúde, citadas por trabalhadores, gestores e usuários, o pronto socorro parece ser o mais crítico em condições para o desenvolvimento de interações/comunicação entre profissionais de saúde e usuário.

Trabalhadores e gestores concordam que o pronto socorro permanece com número de pacientes além de sua capacidade operacional, promovendo ambiente difícil de trabalhar, tenso e hostil. Os gestores ressaltam um ambiente gerando vivências duras.

Então, assim, uma brincadeira que a gente faz é o sistema de som do hospital, ele conta, muitas vezes, um monte de coisas pra gente sem você estar presente. Você escuta com frequência no hospital: “Segurança, compareça com urgência ao pronto-socorro”. Isso aí, sempre que você escuta você sabe o que está acontecendo. Raramente você pede nas clínicas cirúrgicas, raramente você pede na clínica médica (S26, Grupo Focal 6)

Sr. João, usuário da instituição, descreve que ficou pouco tempo no pronto socorro e que naquele local percebeu superlotação de pacientes, sobrecarga de trabalho da enfermagem, higienização precária dos banheiros, o que permitiu que ele denominasse essa estação de cuidado de “Vietnam”, comparando a um cenário de guerra e ainda completa: “Se tivesse ficado lá teria morrido!” (S10, Sr. João). Lá não conseguia dormir e em determinado momento teve dificuldade para ter acesso à fonte de oxigênio necessário para seu tratamento. Outros usuários não se queixaram desse setor, ressaltando, principalmente o bom atendimento pelos profissionais (Sra. Vanilda, S1).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) tem como uma de suas diretrizes a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.

Tematizar a humanização da assistência nesses cenários faz emergir questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os

avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

De acordo com os gestores do Serviço, recursos financeiros federais foram prometidos para reforma e aquisição de equipamentos para o setor de emergência; no entanto, ainda não foram repassados. Ressaltam que a estrutura física insuficiente do pronto socorro dificulta o atendimento; porém consideram não ser uma instituição diferente das demais do mundo, pois convivem com a realidade da superlotação e da falta de vagas para retaguarda. Para tanto, afirmam que foi necessário horizontalizar o cuidado na Unidade para minimizar tantas dificuldades do processo de cuidado: Então, hoje o pronto socorro é uma Unidade que eu diria que é mista, porque ela lida com essa situação que é um híbrido (S3, Gestor 3). Estão no pronto socorro atendimento de urgência e internação.

Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção (VASCONCELOS, 2005).

Segundo os gestores, um pronto socorro deve ter características de imprevisibilidade e trabalho com resolução de problemas ao invés de planejamento das ações. Os fluxos e locais para o atendimento são definidos previamente, sendo muitas vezes modificados devido à característica de urgência do pronto socorro. Reforçam a dificuldade de gerenciar um setor que deveria trabalhar com um atendimento verticalizado, prestando o atendimento inicial e definindo o caminho a ser percorrido e, no entanto, permanece com pacientes em regime de internação. Acrescentam que o pronto socorro não é local adequado para ouvir/tratar e sim atender a urgência.

Trabalhadores relatam o incômodo com a cronicidade dos pacientes do pronto socorro e a permanência dos mesmos no setor:

E as pessoas acham natural uma senhora de 80 anos ficar na maca 10 dias. Isso não é normal. Uma vez eu falei com os colegas que estavam comigo: quem me pressiona a dar alta são os pacientes do pronto socorro (S20, Grupo Focal 6).

Gestores e trabalhadores concordam que a assistência no pronto socorro não pode ficar prejudicada e por isso deve-se priorizar a partir da

assistência multiprofissional interativa. Relatam melhoria no atendimento dos pacientes no pronto socorro, apesar de inadequado e que, devido a essa grande demanda de pacientes, alternativas foram criadas como triagem nutricional na admissão dos pacientes. Outras alternativas foram citadas como priorização de aferição de sinais vitais, administração de medicamentos que são utilizados pela equipe de enfermagem, mas explicita-se que a assistência integral não é realizada no pronto socorro: Isso é uma dificuldade tremenda, essa assistência integral do paciente (S2, Gestor 6).

De acordo com os gestores, pacientes em regime de internação, quantitativo insuficiente de profissional, escala do centro cirúrgico e Escore de Gravidade que não inclui alguns perfis de pacientes são grandes dificultadores da Unidade.

Os trabalhadores acrescentam que médicos recém-formados atuando no setor, profissionais diferentes a cada dia com condutas diferentes e a alta rotatividade de funcionários devida à sobrecarga de trabalho, tornam o cuidado cada vez mais fragmentado no pronto socorro. Trabalhadores sugerem alternativas para minimizar a sobrecarga de trabalho no setor:

Eu tenho a opinião pessoal de que o pronto socorro não é um lugar pra você ir todos os dias, porque é hostil, é desgastante, é desagradável e pode... Não é embrutecer, pode dessensibilizar o trabalho lá. Porque é aquela coisa, mantida a situação, o ser humano vai se adaptar àquela situação e vai se proteger (S26, Grupo Focal 6).

O Gestor 3 ainda afirma que o perfil do profissional que trabalha em serviços de urgência provoca essa fragmentação. A falta de algum especialista médico ou exame esclarecedor de diagnóstico na urgência dificulta a dinâmica de atendimento neste setor.

No entanto, Merhy (2000) esclarece que o projeto terapêutico produzido pela medicina tecnológica é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas Unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A valise das relações estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetivas entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos. Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos e, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo.

A transferência do paciente que está no pronto socorro para a unidade de internação é percebida por gestores e trabalhadores como uma melhoria da qualidade no atendimento.

...a primeira coisa que eles chegam lá em cima é exatamente isso. "Nossa, que lugar bom!" Pro paciente que está numa cama não é o lugar de maior conforto, mas em relação com o que eles têm lá embaixo... Uma maca que às vezes não tem colchão, o acompanhante que fica sentado, não tem lugar nem pra guardar as coisas deles, dividir um banheiro com o pronto socorro inteiro... (S31, Grupo Focal 1).

A satisfação quanto ao serviço prestado no setor de internação é atribuída pelos usuários à qualidade do atendimento recebido, alimentação e acesso a medicamentos, lembrados pelos Sr. João, Sra. Berenice, Sra. Vanilda, em suas entrevistas. Sr. João menciona, por exemplo, que a médica que atualmente o atende iniciou seu acompanhamento no setor de internação e informou que deve continuar seu acompanhamento após a alta. Sra. Vitória menciona a educação e a atenção que os profissionais demonstram.

O médico com as enfermeiras, com as médicas são tudo muito bom. Muita comida que a gente não dá conta. Comida boa, né, a gente tem que falar a verdade. Então eu fui muito bem tratada aqui. Não falta remédio. É muito remédio, muito apoio que eles dão pra gente (S1, Sra. Vanilda).

De acordo com o Gestor 1, a assistência prestada nas unidades de internação é boa, pois há condições adequadas para o tratamento. No entanto, durante os grupos focais, foi citada pelos trabalhadores a dificuldade de atendimento médico nas trocas de plantão e no período da tarde, em que o plantonista é responsável por todas as unidades de internação. Esses não conseguem atender no momento em que são chamados, mas os demais membros da equipe estão disponíveis às solicitações. Outra dificuldade colocada pelos trabalhadores é a demora no atendimento de interconsultas, com espera de até três dias, principalmente das equipes de cirurgia geral e ortopedia.

Trabalhadores reforçam que a melhor qualidade do serviço prestado nessas estações de cuidado depende da menor improvisação do setor:

Eu acho que tem uma melhor qualidade de trabalho nos andares, nas unidades de internação, por causa da própria proposta: uma unidade específica de internação e não uma unidade improvisada de internação (S16, Grupo Focal 6).

Assim como no pronto socorro, os trabalhadores relatam o absenteísmo da equipe de enfermagem e a descontinuidade do cuidado no período noturno devido à redução no número de membros da equipe. No entanto, colocam que a rotatividade de profissionais não é tão alta como no pronto socorro.

Entre os recursos gerenciais que se contrapõem a essa tendência de descontinuidade do cuidado, Prochnow *et al.* (2005) ressalta o papel integrador do corpo de enfermagem, que ainda que organizado de maneira vertical e paralela às demais profissões, espalha-se por todo o hospital, compensando, com seu zelo, a extrema fragmentação imposta pela circulação vertiginosa de especialistas entre usuários.

Vale lembrar, que as universidades têm importância crucial na mudança dos modelos de assistência, pois como ressaltam Batista e Gonçalves (2011), a forma fragmentada como se dá a formação em saúde e a incipiente abordagem interdisciplinar restringem a compreensão acerca da realidade da população, gerando ações específicas e insuficientes por parte de cada profissional e do serviço prestado.

No entanto e de uma forma geral, os discursos de gestores e trabalhadores apontam para a existência, mesmo que ainda precária, de continuidade do cuidado prestado, tanto de um para o outro, quanto internamente nas equipes. O discurso mais prevalente é o da tentativa de dar continuidade ao cuidado ao paciente e que essa continuidade ainda não foi alcançada. Os usuários não se dão conta, de forma explícita, da continuidade ou não da assistência, mas sentem-se gratificados e valorizados ao saberem, por exemplo, que serão acompanhados pelos mesmos profissionais.

4.2.1.4 O trabalho em equipe: multidisciplinar ou interdisciplinar?

Feurwerker e Cecílio (2007) apontam que, dentro de um hospital, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que atuam no hospital. Definem ser uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo de complementação e disputa que compõem o cuidado em saúde.

Desse modo, um importante desafio do gerenciamento do hospital nos dias atuais é conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade (CECÍLIO E MERHY, 2003).

O trabalho em equipe é visto pelos gestores como uma necessidade de integração dos saberes e um reconhecimento das necessidades do usuário. No entanto, aspectos dificultadores como o medo da perda de poder e do desprestígio profissional impedem a abertura para esse trabalho.

É mais do que o seu saber, é o processo de decisão. É a decisão clínica do que vai ser feito com o doente. A hora que você – que é a discussão que a gente faz – a hora que você disponibiliza o seu saber numa equipe multiprofissional, você perde autonomia individualmente. É inevitável. Porque o outro, ele vai dizer sobre o seu trabalho e sobre o trabalho dele, e ele vai ter como interferir nesse processo de decisão (S26, Gestor 2).

Para tanto, colocam que é necessário um plano terapêutico único com foco no paciente, e que apenas o ajuntamento de corporações não alcança esse objetivo. Afirmam que a construção de um plano terapêutico em equipe é de difícil desenvolvimento.

Merhy (2000) define que essa construção é um momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato e é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros.

Gestores e trabalhadores afirmam que o trabalho em equipe teve avanços na instituição e é melhor percebido entre as equipes de enfermagem e médica, mas ainda pode melhorar. Relatam que, no pronto socorro, existe um

diálogo mais efetivo entre a equipe de enfermagem e os médicos clínicos, que entre a enfermagem e os cirurgiões, talvez devido à permanência maior dos médicos clínicos nessa unidade. Corroboram com essa ideia a fala dos trabalhadores que consideram ser melhor o relacionamento entre os profissionais dos setores de trabalho, talvez também pela convivência, que com as equipes interconsultoras.

Um fator de melhoria citado no GF 1 é o aumento das previsões de alta hospitalar registrado nos prontuários facilitando o trabalho da equipe e visto como um reflexo de atuação multiprofissional.

Afirmam que o diálogo melhora a assistência ao paciente e que a interação entre os profissionais é melhor nas unidades de internação que no pronto socorro. Ressaltam que o diálogo está presente não apenas nas equipes multiprofissionais institucionais, mas nas unidades de internação como um todo, principalmente em conversas informais de corredor.

Eu tenho total liberdade pra chegar para o médico e discutir alguma coisa, chegar para a fisioterapeuta, pra fonoaudióloga, pra psicóloga quando a gente precisa, assistente social, a manhã inteira, e assim, tudo em prol de uma coisa: o paciente. E eu acho que o paciente percebe isso, entendeu? (S33, Grupo Focal 1).

Ressaltam que modos diferentes de ver a demanda do paciente possibilitam a discordância ou não do ponto de vista médico, sendo um fator positivo para o processo de trabalho.

Peduzzi (2001) propõe uma definição de tipologia de equipe que distingue equipe - agrupamento de equipe - integração. Os parâmetros utilizados no estudo foram aspectos de complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, articulação desses trabalhos, da autonomia técnica e da interação dos agentes. Observou-se que, nas quatro situações estudadas, os profissionais projetaram a perspectiva da equipe como de integração, embora estivessem em situações de agrupamento.

Nesse mesmo estudo, a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

Saupe *et al.* (2005) diferenciam multidisciplinaridade de interdisciplinaridade, definindo a última como o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, respeitando as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições.

Nas falas, ora é percebido o trabalho em agrupamento ou multidisciplinar e ora identifica-se que o trabalho é integrado ou interdisciplinar.

Eu acredito que ele é um trabalho realmente multidisciplinar, mas o ideal é que ele fosse interdisciplinar e que a gente conseguisse ter uma interação entre as equipes (S1, Grupo Focal 4).

Profissionais colocam que o trabalho interdisciplinar é dependente do perfil do profissional e é, portanto um aspecto dificultador.

Tem uns super alegres, chegam brincando, esperam preparar o material, faz o trabalho tranquilo, tira toda a sujeira depois; já outros não, são totalmente diferentes (S2, Grupo Focal 2)

O hospital é sistema, mas também é burocracia, ordem, lugar de reprodução e é, também, lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa (FEUERWERKER E CECÍLIO, 2007).

Como facilitadores para o trabalho em equipe, trabalhadores dizem sobre a importância do conhecimento do saber de cada profissional e valorização de seu conhecimento a partir desse princípio.

Saupe *et al.* (2005) corroboram com esse pensamento quando afirmam que divisão de trabalho coletivo se dá apreendendo os papéis a serem desempenhados pelos diferentes atores envolvidos nas zonas de interface. A compreensão de seu sentido abre as potencialidades de sua prática. Afirmam que entender o potencial e as limitações, sem julgamento hierárquico, reconhecendo a importância do papel de cada um no processo de construção da prática interdisciplinar, é fundamental nas relações de trabalho.

Trabalhadores ressaltam que a sobrecarga no trabalho e a alta rotatividade profissional prejudicam o desenvolvimento do trabalho em equipe. Afirmam que, devido a esses dois fatores, a criação de um trabalho em equipe

no pronto socorro é mais difícil que nas unidades de internação: saiu da clínica, é diferente (S43, Grupo Focal 1).

Por esses motivos colocam que, nas unidades de internação do cuidado clínico, é possível o diálogo, pois se conhecem e sabem onde se encontrar, mas é difícil o relacionamento com outras especialidades médicas, por exemplo, neurologia e ortopedia. Consideram que essas especialidades devem ter as mesmas queixas. Relatam que, além da sobrecarga, o perfil profissional também define a interação ou não com a equipe.

Em estudo de Otenio *et al.* (2005) , o sujeito é responsável por decidir mudar ou incorporar novos valores a sua prática e conceitos, sendo necessário o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho e a percepção de que a maneira vigente de se fazer ou de se pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto tem que ser intensamente admitido, vivido e percebido. A reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir mudanças na prática.

Os gestores, de seu lado, afirmam que a discussão multidisciplinar de casos acontece isoladamente, em casos específicos e nas equipes institucionais (UAVC, ECP e EMTN), diferindo dos trabalhadores. Consideram, ainda, que, na condução dos casos, não são considerados todos os saberes e isso se deve, na maioria das vezes, à falta de comunicação entre os profissionais. Todos concordam que a comunicação utilizando apenas o prontuário não é suficiente para garantir uma discussão de caso e refletir o trabalho em equipe.

É prevalente que nem todos os profissionais conhecem o trabalho de todas as categorias e a importância de cada uma no tratamento do paciente. O grupo de trabalhadores tem clareza da importância de seu saber no processo de cuidado e afirma que um atendimento assistencial isolado e desarticulado não oferece benefícios aos pacientes.

Os trabalhadores relatam a importância do papel do paciente e do acompanhante para o trabalho em equipe. A ajuda mútua é colocada como primordial nesse processo. Relatam que a construção do trabalho em equipe deve ser diária e a dependência, no processo de trabalho, de algumas equipes, como a de fisioterapia, dos profissionais de enfermagem gera conflitos. O

profissional enfermeiro é visto como um mediador de conflitos nas equipes profissionais. Relatam também dificuldades com os profissionais da farmácia.

É importante ressaltar o sentimento de exclusão do médico clínico plantonista da equipe de cuidado clínico na instituição:

Eu estou pensativa porque eu já estou há cinco anos e meio no hospital. Já tem algum tempo que eu já estou pensando em conversar com quem diz respeito e eu tenho que conversar com alguns colegas plantonistas. Eu acho que a gente não se sente parte da equipe de clínica médica do hospital. Acho que nós plantonistas somos uma entidade à parte. A gente... Não sei como que funciona a equipe médica de horizontais. Eu não sinto que eu faça parte da equipe (S73,S75, Grupo Focal 2)

O sentimento de escuta nas equipes também é divergente. Alguns profissionais como enfermeiros dizem não se sentirem escutados e outros como fonoaudiólogos, dizem ser escutados, respeitados e valorizados em seu saber.

A gente liga para o médico, muitas vezes no plantão a gente passa por isso. A gente liga e fala: olha o paciente está dispnéico, está dessaturando, eu já coloquei o saturímetro. E muitas das vezes, fala assim: ah, reposiciona, ou você já aspirou? Não acredita... Mesmo a gente do nível superior, às vezes eu acho que tem esse descrédito sim. Muitas vezes, em vários plantões já aconteceu isso, de estar assim. Você tem que dizer: olha, o paciente tá dessaturando, eu já aspirei, eu já reposicionei, eu já fiz várias coisas para tentar melhorar o quadro do paciente (S26, Grupo Focal 4).

Apesar de alguns trabalhadores afirmarem boa escuta pela equipe médica, a demanda pela intervenção de outra categoria no tratamento não parte do médico. Mas, em todos os relatos médicos, é percebido trabalho em equipe como ponto positivo no hospital, com entrosamento e diálogo.

O médico ele não tem muita iniciativa de procurar a fonoaudióloga para discutir como o paciente está, procurar a nutrição para ver como o paciente está. A demanda é nossa. Se a demanda não for nossa de procurar o médico e falar "olha o paciente está assim, vamos mudar", vai ficando. Acho que este é o grande problema (S37, Grupo Focal 4).

Segundo Peduzzi (2001), os profissionais não médicos são essenciais para implementar uma atenção integral à saúde; no entanto, são considerados desiguais quanto a sua valorização social.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas categorias profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja,

correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isso significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Assim como foi definido por Freitas (1991), citado anteriormente neste estudo, o instituído - equipe multidisciplinar - e o instituinte – equipe interdisciplinar estão em constante luta simbólica na instituição. O novo com suas ideias, questionamentos e normas tentando modificar o velho modelo assistencial centrado no saber médico e excluindo os outros saberes do processo de trabalho ou simplesmente deixando-os à margem apenas como interconsultores e não protagonistas do cuidado. Em contrapartida, esse modelo tradicional, instituído, tentando se manter no centro da instituição.

A sobrecarga de trabalho aparece, assim, como um explicador das dificuldades do processo de trabalho em equipe, como apresentado nos grupos focais e reiterado nas entrevistas individuais, mas a análise aprofundada aponta pra aspectos menos objetivos que as justificam, como a luta entre as categorias profissionais, para defenderem suas práticas e espaços de poder.

4.2.1.5 O hospital e a rede de saúde

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Tais redes, segundo o autor, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros, como ocorre em outras formas de produção econômica. Os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, etc. tendem a ser concentrados.

A maneira como as redes de atenção à saúde se organizam define a singularidade de seus processos descentralizadores em face de outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta de equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços (MENDES, 2009).

A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Tais diretrizes são colocadas como estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.

Nessa legislação, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela

formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Os gestores entrevistados definem que o hospital é uma estação do cuidado. Relatam que, ao planejar o modelo assistencial, pensaram em trabalhar efetivamente com a rede assistencial extrainstituição, para garantir a integralidade do cuidado.

O Gestor 1 afirma que o modelo assistencial para o hospital foi pensado e planejado junto à rede assistencial de saúde do município e do estado; portanto, o perfil de atendimento foi elaborado de acordo com a necessidade de demanda da população regional, havendo usuários clínicos, cirúrgicos, do setor materno-infantil e de cuidados intensivos. Menciona que a perspectiva seria que:

...o hospital fosse uma estação de cuidado, que nós, através do hospital, cobraríamos uma inserção maior, trabalhando com as equipes de saúde da família, com os postos de saúde, trabalhando com esses programas todos que existem. Esse foi o primeiro desenho, o primeiro desafio que nós fizemos (S6, Gestor 1).

O hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como consequência, há o desafio de se criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Ou seja, pensar a construção da integralidade desde o hospital, sem imaginar uma autossuficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta (FEUERWERKER E CECÍLIO, 2007).

Os gestores 1 e 2 exemplificam que a Maternidade do hospital estabeleceu uma relação positiva com a rede municipal de saúde do município de Belo Horizonte, com reuniões de discussão com Centros de Saúde devido ao alto índice de atendimento a gestantes adolescentes. Colocam que, a partir dessa iniciativa, estão tentando sistematizar vivências dos residentes multiprofissionais na rede de saúde municipal.

Avanços como melhorias nos processos de referência e contrarreferência de pacientes da Região Metropolitana e das Unidades de

Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24 HS) foram relatados pelos gestores após discussão e pactuação conjunta do perfil de atendimento de cada unidade. Atualmente pacientes classificados com menor gravidade na porta de entrada da instituição são referenciados para unidades responsáveis pelo atendimento. Em contrapartida, pacientes com maior gravidade que chegam à porta das UPA 24HS são encaminhados ao hospital após autorização.

Essa discussão se arrastou, mas nós convencemos que o perfil deveria ser esse. Então, nós conseguimos que o verde fosse encaminhado às UPAs e esse paciente amarelo, vermelho e laranja fosse encaminhado pra cá, preferencialmente. Nós assumimos o compromisso de fazer esse trabalho com as UPAs. Eu acho que, para Belo Horizonte, foi uma medida absolutamente interessante e boa (S25, Gestor 1).

Para a consolidação dessas negociações, Freitas (1991) reflete que, na relação entre as instituições formais ou informais, os institucionalistas afirmam a construção de um campo novo, desde que haja relação entre as partes. Esse espaço será regido pelas negociações e conflitos e cada um tende a ocupar e manter-se no centro para ditar suas regras. No discurso dos gestores, a importância de se colocarem no centro reflete tal posicionamento, mesmo que seja de forma subliminar e a implicação se dê com a defesa dos princípios integradores do sistema.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) define que os pontos de atenção hospitalar, junto às UPA e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), devem fazer a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de agudização das doenças crônicas.

Os gestores afirmam, assim, que o projeto assistencial do hospital foi pensado considerando o usuário inserido integralmente na rede assistencial do município, com ênfase na porta de entrada para a urgência. Portanto, afirmam que o processo organizacional é baseado no perfil do usuário demandado pela rede de saúde local.

De um modo geral, os trabalhadores consideram que o paciente tem alta com encaminhamento adequado para a Rede de Atenção Saúde e que depende do usuário ou família dar continuidade a esse processo. No entanto, colocam que o encaminhamento de pacientes graves de outras unidades de

saúde para o hospital é tardio. Relatam que essa demora prejudica a assistência em tempo adequado, causando, às vezes prejuízo aos usuários.

Pacientes que vêm do Centro de Saúde, pacientes que vêm de UPA, que fica às vezes 48 horas na UPA esperando pra depois vir pra cá pode ser ruim para eles, não é? (S40, Grupo Focal 2).

Scorel (2007) afirma que os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos serviços de saúde são essenciais para que os trabalhadores da atenção básica exerçam a coordenação e garantam a continuidade do cuidado aos usuários. Para tal é fundamental que os insumos de comunicação sejam colocados à disposição de forma eficiente em todos os níveis do sistema.

Profissionais consideram que existe uma rede de saúde organizada no município de Belo Horizonte; no entanto, precisam melhorar essa relação para evitar as reinternações hospitalares que, segundo eles, são frequentes.

Eu vejo que a rede está se organizando pra isso. Agora, a Central liga, marca em pouquíssimo tempo, isso é muito legal. E a questão do PAD (Programa de Atenção Domiciliar), eu ainda tenho um contato muito pequeno com o PAD, mas já teve até opinião aqui, falando que o PAD funciona, tem como atender, tem demanda e os nossos pacientes, não só da Unidade de AVC, mas do 5º e 6º andar, saem pacientes muito dependentes (S43, Grupo Focal 2).

Mendes (2010) afirma que o tema das redes de atenção à saúde é recente no Brasil e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, esclarece que estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde.

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção básica, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. Para isso, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela ABS. No caso da relação entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2013).

Apesar de o modelo assistencial ter sido planejado com a demanda de atendimento do município e com uma relação de rede com os outros “nós” dessa rede, a relação com a rede assistencial ainda é incipiente, pois foi pouco citada nas entrevistas e grupos focais; talvez isso retrate o pouco uso da

referência e contrarreferência na instituição e o real estabelecimento de redes entre os serviços de saúde.

Mais uma vez, o modelo de instituições isoladas trabalhando em seus mundos complexos se mantém em força oposta ao modelo de comunicabilidade e relacionamento entre as instâncias de prestação de serviços do SUS. Forças instituintes ficam claras nos relatos de conhecimento de uma rede estabelecida e da necessidade de maior aproximação desse processo.

4.2.1.6 O usuário no hospital

Nos processos avaliativos da Política Nacional de Humanização (2004) ressalta-se que um aspecto que tem chamado a atenção nos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

O modelo de linhas de cuidados apresenta como pilares de ação, no âmbito da micropolítica, a atuação da equipe na coordenação do cuidado, a vinculação e responsabilização do cuidador e a busca de produção da autonomia do usuário. A partir do relato dos usuários, foi possível observar o impacto das ações e do tipo de abordagem pela ótica de quem usa o serviço, e o movimento das forças instituintes e instituídas de forma mais clara na instituição.

Assim como o Sr. João, que simbolicamente definiu o pronto socorro como “Vietnam”, a Sra. Lourdes menciona que, no pronto socorro, idosos ficam em macas no corredor, pacientes ficam misturados, pessoas com patologias mais graves ficam com aqueles acometidos por patologias leves, trocam fraldas com demais pessoas presentes, e, às vezes, almoçando, o que causa mal-estar generalizado. Outros usuários entrevistados não queixaram do setor de emergências e referiram satisfação principalmente devido ao bom atendimento feito pelos profissionais.

A superlotação é comum a vários serviços de urgência do país. Em estudo realizado por O’Dwyer *et al.* (2008) verificou-se o problema nos nove

hospitais analisados, e foram consideradas como causadores dessa superlotação a facilidade de acesso geográfico dos serviços e a resolutividade insuficiente da atenção básica.

A PNH (2004) define, como uma das quatro marcas específicas da política, a garantia de informação ao usuário por parte das unidades de saúde e sobre isso alguns usuários relatam ter sido informados sobre o processo de permanência no hospital. Essas informações dizem respeito sobre o tempo de internação, diagnósticos, procedimentos, exames e evolução. Sra. Lourdes relata que todos os profissionais atualmente explicam os procedimentos e avalia isso como positivo, pois acha que deve ser esclarecida sobre o que está acontecendo com ela, situação que difere da época em que teve seu pé amputado devido a complicações do diabetes, e que não lhe foi explicado o procedimento:

Só falou: “vamos cortar” e cortaram. E como eu não sabia de nada, eu achei o pé fedendo. Deus que me perdoa, tava fedendo. Eles falam ardor, mas na verdade é uma catinga. Fede pior do que um cavalo podre. Ah, tem que amputar. Primeiro foi esse dedo meu aqui, ficou preto. Aí cortou. Deu um cascão aqui, tem um cascão aqui. Aí teve que tirar depois esse, esse e o ante-pé. Aquele monte de osso aqui. Eu não enxergava direito, mas os outros me explicou. Aí deu rejeição, aí teve que cortar aqui. Não deu opção de... Quem dera se tivesse me dado, se tivesse condições, eu tinha que saber antes (S11, Sra. Lourdes).

Em estudo realizado por Carneiro e Berti (2009) por meio de entrevista aberta com 20 pacientes hospitalizados para a realização de cirurgia, observou-se certa fragilidade da autonomia das pessoas, uma vez que seus conhecimentos sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas mostraram-se bastante incipientes. Para os autores, a autonomia só é possível em uma sociedade na qual as pessoas tenham seus direitos de cidadania respeitados e acesso igualitário à educação, informação e saúde; concluiu-se que essas condições são necessárias para que as relações entre profissionais de saúde e doentes sejam mais simétricas, tornando possível a superação do modelo paternalista e autoritário vigente.

Além disso, o acesso a serviços de saúde é considerado ruim por alguns usuários entrevistados. D. Vanilda relata que, antes de chegar ao HRTN, percorreu várias unidades inclusive privadas, mas o acompanhamento só iniciou quando ela entrou no hospital devido à gravidade de seu caso. Ela é residente de município do interior do estado de Minas Gerais.

Também o sentimento de angústia aparece em algumas entrevistas. Os motivos citados dizem do tempo de internação prolongado como mencionado por Sr. João, mas que tem contado com o apoio e a escuta de uma psicóloga. Também foi relatado o medo de procedimentos cirúrgicos (amputação do pé) devido a complicações do diabetes mellitus, além da dor e fragilidade dos usuários quando doentes, como na fala das Sra. Vanilda (S4) e Lourdes.

E nós que fica aqui em cima dessa cama, a gente não tem que aceitar tudo que eles fala. Mas quando a pessoa tá desesperada, pede a morte pra Deus, tanto faz viver como morrer é a mesma coisa, num momento de dor, num momento de sofrimento, de luta, de tudo, a pessoa fala assim: “Ah, Lourdes, eu vou ter que amputar a sua perna”. Você pede “pelo amor de Deus, então amputa logo, porque eu já não aguento mais a dor”. Eu tomei o último remédio que tem pra dor (S12, Sra. Lourdes).

Carneiro e Berti (2009) afirmam que a vulnerabilidade dessas pessoas relaciona-se a sua embrionária autonomia. Acrescem-se a isso, a impossibilidade de fazer escolhas. Não veem outra opção se não a de aceitar as condições que lhes são apresentadas, por medo de perder a vaga, ter a cirurgia suspensa ou ter outros dissabores, além de ter o entendimento de ser a única possibilidade de cura.

O sentimento de gratidão pelos profissionais do hospital devido à atenção prestada e ao acesso aos medicamentos foi relatado por Sr. João, Sra. Berenice, Sra. Vanilda e Sra Lourdes: “É o melhor hospital que já tive...” (S5, Sra. Berenice).

No entanto, esses usuários apontam o peso do funcionamento de um hospital como dificuldade a que estão expostos e se submetem durante a internação, desvelando a importância de mudanças em estruturas rígidas e consideradas funcionais. Sra. Berenice e Sra Vanilda relataram, por exemplo, a dificuldade de adaptação à alimentação, pois têm hábitos alimentares diferentes ao que é proposto pelo hospital (refeições fracionadas). Essas pacientes ainda não receberam atendimento individualizado da nutrição. Sra. Berenice relata a dificuldade em dormir devido à luz acesa durante toda a noite e conversas no corredor mesmo estando no setor de internação.

A equipe multiprofissional é percebida como um “quebra cabeças” pela Sra. Lourdes:

Se tirar uma peça desse quebra-cabeça, vai ficar faltando alguma coisa, porque pra mim todos são iguais, todos me tratam muito bem (S5, Sra Lourdes).

Sra. Lourdes e Sra. Dejanira concordam que a maneira de comunicação pode ajudar ou piorar a angústia do paciente internado. Por exemplo, é citado por Sra. Lucimar que os casos não sejam discutidos no corredor, pois, ao escutar sobre determinados procedimentos, fica triste:

Um trezinho também que eu não, eu acho que tinha que mudar, é eles falar no corredor: “ah nós vamos cortar o braço de fulana amanhã, nós vamos cortar a perna”. Não, isso aqui, gente, isso aqui é ser humano que está aqui. Não é um açougueiro não, animais não. Porque até animais você tem que ter carinho com os bichinhos. Aí, isso aí também eu acho muito triste. Entendeu o que eu disse: Não precisa falar em cortar. Discute lá os médicos, faz a reunião deles, depois chega, fala com o paciente. O paciente, ele tem direito de saber todos os detalhes das coisas porque ele é o principal envolvido (S13, Sra. Lourdes).

Feuerwerker e Cecílio (2007) consideram que a institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais - usuários. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora.

Gestores consideram que existe insatisfação ou não compreensão do usuário na escolha de pacientes para ocupar vaga nas unidades de internação, feita por meio do Escore de Gravidade, citado anteriormente, porém insistem que o principal motivador do trabalho é o usuário, sendo a organização hospitalar voltada para o perfil desse último.

Nesse sentido, alguns gestores relataram que o paciente tem atualmente mais autonomia em seu tratamento e que a equipe se preocupa em discutir a recusa do paciente a determinado tratamento. Concordam que, quando a decisão é compartilhada com o usuário, tem mais chance de dar certo.

Então o paciente, ele era meramente o coadjuvante ali, do tratamento. Hoje não, hoje já existem discussões mais aprofundadas da autonomia do paciente, da sua capacidade de compreensão e de recusa (S14, Gestor 3).

A discussão provocada por Conselhos de classe profissionais e o cotidiano das práticas de saúde foi considerada pelos gestores como determinante para melhorar a autonomia do paciente. No entanto, consideram que a melhora ainda pode alcançar patamares mais altos.

A relação entre profissional e usuário no Pronto Socorro foi considerada ruim pelo gestor 3, colocando como exemplo o fato de a maioria dos profissionais dessa unidade não expor seus crachás durante o trabalho. Além disso, refere que é comum o registro de Boletins de Ocorrência Policial tanto dos usuários contra os profissionais quanto o inverso. Trabalhadores corroboram com essa avaliação dizendo que a relação dos profissionais nas unidades de internação é melhor que no pronto socorro.

Gestores e trabalhadores divergem sobre o foco do atendimento na queixa do usuário. Divergências também foram encontradas no aspecto escuta ao paciente. Ora acreditam ter uma escuta que respeita o indivíduo em sua demanda, ora não acreditam nessa premissa de atendimento humanizado, como se constata nas falas abaixo:

Assim, o quê que está sendo feito à noite? É em favor do paciente? Eu às vezes me pergunto mesmo, porque eu vejo que à noite a sensação de hostilidade é intensa. Muitos pacientes começam a ficar agitados, mais ansiosos quando a noite vai caindo. A sensação é que vai virar uma selva. Quem pode, foge; quem não pode, se desespera. Então eu não sei sobre esse foco à noite, o quê que está sendo promovido, se está sendo prezada a qualidade, se não. Eu não sei, eu me pergunto ainda sobre isso. Se é só porque tem que funcionar, mas aí funciona do jeito que dá, e faz o que tem que fazer, mas não com a qualidade que deve ser feito (S43, Grupo Focal 6).

Porque os outros hospitais, você foca tanto em burocracia, em qualidade, em acreditação hospitalar e etc. que o paciente é a última pessoa que você olha. E isso não acontece aqui (S16, Gestor 6).

Na maioria das vezes ele nem é considerado. A gente até tenta considerar, mas às vezes eu acho que o sistema não deixa. Então, esses pacientes que são olhados por essas equipes (UAVC, ECP e Residência Multiprofissional), eu acho que às vezes eles têm o poder de decisão deles, porque eles são ouvidos em várias esferas (S15, Gestor 5).

Acho que tem pessoas que escutam mais, tem pessoas que levam isso em consideração, tem pessoas que não. Isso depende de quem tá na linha de frente do cuidado do paciente. Muitas vezes sim. A maior parte dos pacientes que vão à Ouvidoria, eles são atendidos, a maior parte dos pacientes que questionam alguma coisa, muitos deles são atendidos, mas muitos deles eu sei que não (S17, Gestor 6).

Falas marcantes dos grupos focais consideravam que o usuário não tem condições de opinar sobre seu processo de tratamento, por não ter

conhecimentos técnicos: “Eu acho que nem sempre a vontade dele (usuário) é o que prevalece, porque ele também, às vezes, não tem o conhecimento do que é melhor para ele” (S67, Grupo focal 1). Em meio a essa visão surgiram falas sobre a anulação do sujeito durante todo o processo de cuidado.

Eu acho que há uma tentativa que é muito válida, que é muito louvável da área da saúde de fazer esse encontro entre o que é desejo da população e o que a gente tem como oferta de cuidado, mas eu não acho que esse encontro exista de fato não. Os processos que a gente conduz aqui ainda são processos que anulam a subjetividade do paciente e, em raríssimas situações, a gente consegue ter uma abertura na equipe para que ele de fato opine e para que ele de fato participe ativamente dos processos (S69, Grupo Focal 1).

Trabalhadores e gestores percebem que as equipes de enfermagem e psicologia são mais implicadas na escuta ao paciente:

Na realidade, eu acho que, mesmo pouco, a enfermagem é uma classe que ainda escuta o paciente mais. Eu vejo que os médicos têm pouca paciência, principalmente no pronto-socorro, pouquíssima paciência. Tomo exemplo aquele dia que a gente ficou sentado aqui com o paciente 40 minutos. O coordenador de plantão do dia chegou aqui e já começou a gritar com o acompanhante. Então, assim, é só um exemplo. Porque ele perdeu a paciência de conversar mesmo. Então eu vejo que os médicos têm pouca paciência de conversar. A gente não tanto quanto a psicologia, mas a gente ainda tem um pouquinho de paciência. O que está na nossa mão, a gente tenta resolver (S18, Gestor 6).

Os profissionais de enfermagem mantêm uma proximidade com os doentes internados, dadas as peculiaridades de seu trabalho e, desse modo, compartilham as necessidades e os anseios desses doentes, estabelecendo vínculos afetivos. Isso confere a esses profissionais um poder paralelo de influência que faz com que a enfermagem contribua para que o doente exerça sua autonomia (CARNEIRO E BERTI, 2009).

Foi considerável o sentimento de conhecimento e convivência do paciente por parte dos técnicos de enfermagem, como expresso na fala abaixo:

Porque a gente fica mais tempo com eles. Muito mais tempo com eles. Eu passo 15 dias na enfermaria, 12 horas por dia, e o médico vai lá, avalia o paciente, fica 15 minutos e já passou na enfermaria. Meio dia, onze e meia, foi embora. E quem passa a vida inteira com eles somos nós. Nós somos igual da família (S13, Grupo Focal 4).

Relatos de satisfação pelo atendimento por parte dos usuários foram percebidos pela equipe como ponto motivador do trabalho:

Ele esteve comentando com a gente, a filha dele veio visitá-lo hoje, falou a mesma coisa. Ele até falou que está abismado de ver um monte de gente que chega perto dele pra fazer isso, pra fazer aquilo.

Que é muito médico aqui, devia ir um pouco pra Bahia. Isso é bom pra gente ouvir, porque isso ajuda a gente também (S 62, Grupo focal 2).

Percebe-se que existe satisfação pelo atendimento prestado pelas falas dos usuários, mas é relevante ressaltar que não se observaram movimentos para a garantia da autonomia dos usuários no processo de cuidado. Divergências da escuta à demanda do paciente são importantes indicadores para um modelo assistencial voltado ainda para práticas tradicionais de intervenções isoladas no sujeito e não de inserí-lo como corresponsável no tratamento.

Ocorrências como as conversas de corredor sobre condutas a serem realizadas, ambiente desconfortável e principalmente luz e ruídos à noite, desconsideram o respeito à dignidade do usuário.

4.2.2 A gestão institucional

A Gestão Institucional é a segunda categoria central que emerge do estudo. Essa categoria abarca três subcategorias que, de forma geral, refletem como gestores e trabalhadores percebem e planejam a gestão hospitalar:

- 1) Planejamento e Gestão Hospitalar;
- 2) Gestão de Recursos Humanos;
- 3) Comissões e Colegiados.

Gerir significa desempenhar funções de gerência, administrar/comandar uma empresa ou um serviço, ou um setor. Em serviços de saúde, esse comandar torna-se mais complexo, pois, de acordo com Campos e Rates (2008), o que se vê em geral nos hospitais são instituições burocráticas, autoritárias e centralizadoras. Afirmam também que não é possível, atualmente, pensar em um hospital como definidor de sua própria missão seja por questões de mercado, seja pela ideia de integração em redes. Portanto, esse desempenhar de funções torna-se mais complexo nos dias atuais.

4.2.2.1 Planejamento e gestão hospitalar

Gestores relatam sobre o planejamento para assumir a gestão do hospital que anteriormente trabalhava com capacidade reduzida. A Universidade foi convidada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES) a administrar a instituição em junho de 2006. Foi realizada ampla discussão com a SES, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte e o Ministério da Saúde para definir o perfil de atendimento e gestão do hospital. Os princípios que norteavam o hospital seriam a vinculação ao SUS, trabalhando com o ensino, e atendimento do perfil à necessidade de demanda da população. Os profissionais seriam contratados e regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e priorizariam a horizontalização da escala, ou seja, profissionais que permaneceriam no hospital pelo menos cinco dias seguidos por semana.

...até 2006 ele era praticamente inativado, em 2006 nós viemos pra cá, tinha 10 leitos de CTI, 20 leitos de enfermaria e mais nada; o pronto-socorro não tinha bloco cirúrgico, atendia muito pouco. Tanto é que chocou muito – 2006 foi uma crise, foi na época da crise de problemas respiratórios. Nessa época mesmo, maio, junho. Um hospital deste tamanho quase que fechado. Dos 320 leitos só tinha 20 leitos funcionando. Então, ele, praticamente, nasceu em junho de 2006 (S53, Gestor 1).

Essa mudança de gestão foi percebida por gestores e trabalhadores como positiva, com aumento do número de pacientes, mas principalmente com a melhoria na qualidade do atendimento.

Então, o porte do hospital aumentou, o perfil dos pacientes, eu acho que o perfil mudou, é um perfil mais grave, de doente mais grave, mas eu acho que a gente conseguiu acompanhar essa mudança, de forma que a assistência hoje é melhor do que era anteriormente (S7, Grupo Focal 1).

O Gestor 1 afirmou que a formulação do trabalho no hospital foi de inserção na rede assistencial do município, trabalhando com o modelo de Linhas de Cuidado, com gestão horizontal e colegiada.

Campos e Rates (2008) colocam que a co-gestão privilegia organizações horizontais, Unidades Funcionais ou de Produção, com definição clara de responsabilidades das equipes de referência. Amplia a capacidade de análise e intervenções dos sujeitos, estabelecendo novas relações com contratos de metas, ou seja, contratos de gestão. No entanto, a co-gestão ou

gestão compartilhada é colocada na PNH (2004) como um dos desafios do SUS.

O Gestor 2 afirma que a definição do modelo assistencial do hospital demorou cerca de dois anos para se estabelecer, e que esse é o eixo estruturante do projeto institucional, articulado a outras áreas de gestão do hospital. Esse gestor afirma ser o responsável por realizar o planejamento e acompanhamento do modelo assistencial. Ressalta que devido a lacunas no modelo, foi necessária uma maior inserção sua na área assistencial e a realização de um diagnóstico situacional propondo mudanças.

Então progressivamente, vamos dizer, eu fui me aproximando cada vez mais do cotidiano da instituição, da assistência no concreto, como ela era realizada pelas equipes. E aí a gente identificou uma série de problemas que a gente apresentou até em determinado momento como diagnóstico situacional do modelo assistencial do Risoleta, mas identificando essa insuficiência da generalidade (S11, S12, Gestor 2).

Para esse gestor, na Linha de Cuidado Clínico existe a necessidade de se trabalhar perfis prioritários de cuidados de forma multiprofissional. Cuidado este que começa no pronto socorro, como local estratégico.

Progressivamente a gente foi vendo que era um perfil (de atendimento) mais grave, mais complexo, e que, portanto, não é que exigia só mais tecnologia dura, de equipamentos, de medicamentos de alto custo, nada disso só, mas exigia um processo de trabalho das equipes assistenciais muito mais articulado (S14, Gestor 2).

Desse modo, o Gestor 2 relata estar identificando perfis prevalentes em cada linha de cuidado e definindo uma equipe de referência multiprofissional para cada perfil, tendo o paciente como definidor da necessidade de cuidado.

No entanto, mesmo com esse relato de planejamento e melhorias para a Linha de Cuidado Clínico, percebe-se uma falha na comunicação, pois o Gestor 5 relata não conhecer planejamento para melhorias dessa Linha de Cuidado.

Campos e Domitti (2007) definem que equipe ou profissional de referência são compostas por aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetivam ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal.

Reiteram que esta a uma metodologia de organização institucional com apoio matricial é imprescindível para que a equipe de referência tenha relação longitudinal no tempo com o conjunto de usuários; para isso, é fundamental que a inserção dos profissionais no serviço dê-se de modo horizontal, ou seja, contratação como diaristas. Assim foi planejado e assim foi contratada a maioria dos profissionais do hospital (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Os gestores consideram que o hospital é visto externamente como uma instituição de Linhas de Cuidado. Contudo, nem tudo o que foi pensado e planejado no modelo foi concretizado devido a impossibilidades reais, como a horizontalização na Linha de Cuidado Cirúrgico, em que não se encontram profissionais para assumir o acompanhamento diário dos usuários.

Trabalhadores colocam como fatores negativos do hospital a localização afastada do centro da cidade, a superlotação do estacionamento, a falta de materiais para realização de fisioterapia motora, a escassez de espaço físico e equipamentos de informática para acompanhar alunos. No entanto, essa percepção de falta de insumos é divergente entre os trabalhadores, pois alguns relatam ser um hospital sem problemas de abastecimento.

É presente na fala de gestores e trabalhadores a abertura para o diálogo por parte da diretoria da instituição e, especificamente no relato de três gestores, o planejamento da gestão hospitalar, de forma clara; porém, na fala dos demais gestores entrevistados, não foram observados discursos acerca de planejamento.

4.2.2.2 Gestão de recursos humanos

Borges e Silva (2008) afirmam que a Gestão de Pessoas é fundamental para um hospital de grande porte e que as instituições têm percebido essa máxima.

Os Gestores relataram que a contratação dos profissionais da instituição se dá pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que os profissionais contratados horizontalmente vinculam melhor à instituição e têm mais compromisso com a mesma. Colocam que problemas de financiamento do hospital refletem diretamente na gestão de Recursos Humanos (RH), principalmente algumas categorias profissionais, como médicos e técnicos de

enfermagem. Informam que, em 2012 estavam vivenciando uma “crise” envolvendo a equipe de enfermagem devido ao alto índice de absenteísmo. Justificam tal crise pela falta de incentivos, que outras instituições oferecem e que o hospital não consegue ofertar, como hospital público, sendo esta uma dificuldade importante existente na atualidade.

Trabalhadores também refletem sobre esse problema dizendo interferir no atendimento aos pacientes:

Hoje, no hospital, acho que é geral, nós passamos pelo absenteísmo. É o desfalque de escala e tem dia que a gente chega aqui que é uma luta (S50, Grupo Focal 1).

Para amenizar os problemas, referem priorização de atividades para atender o objetivo. Os trabalhadores relatam que a alta rotatividade de profissionais também é um complicador.

Barboza e Soler (2003) colocam que agentes psicossociais causadores de danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem associam-se ao contato frequente com o sofrimento e a morte. Afirmam que esses agentes psicossociais agregados à carga horária elevada e repetitiva corroboram para um alto absenteísmo nessa categoria.

O Gestor 4 afirma que, além das dificuldades relacionadas ao absenteísmo, enfrentam dificuldades como atrasos dos profissionais de nível médio da equipe de enfermagem, em geral, jovens.

Gestores de um modo geral colocam que a equipe jovem é um fator positivo, não só nos cargos de coordenação, mas nos assistenciais também, pois os jovens refletem vontade de fazer diferente e têm maior motivação, tão necessárias ao trabalho:

Então, a motivação é uma coisa que você tem que estar o tempo todo trabalhando com ela e os jovens se mostra mais aderentes. Você tem que fazer isso, senão não tem projeto (S55, Gestor 1).

O Gestor 2 considera que o grande desafio é envolver as pessoas na instituição. Afirmam que foi uma opção gerencial ter coordenadores jovens, motivados, reconhecidos tecnicamente e sendo formados em gestão. Ressalta que o investimento em RH atualmente é para garantir uma assistência multiprofissional, principalmente para contratação de profissionais que não sejam médicos e da equipe de enfermagem.

Em estudo realizado por Batista *et al.* (2005), observou-se que a remuneração se apresenta como um fator a mais de motivação no trabalho, não sendo, entretanto, o principal motivador. Os enfermeiros entrevistados referem outros fatores motivacionais em seu trabalho atual e, entre eles, destacam-se o gostar do que se faz, o relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional, a possibilidade de obter crescimento profissional, entre outros.

Chiavenato (1999) coloca que as instituições estão percebendo que somente podem crescer, prosperar e manter sua continuidade se forem capazes de gerir as pessoas com eficácia.

O Gestor 4 coloca que a maior dificuldade de contratação atualmente é de profissionais médicos e técnicos de enfermagem. Nos últimos processos seletivos, participaram profissionais com pouca experiência e com formação inadequada. Outro ponto dificultador relatado é a preferência, por parte dos candidatos, por hospitais próximos da região central da cidade. Relata que salário defasado também é um problema de contratação. Periodicamente são realizados na instituição processos de seleção interna.

Profissionais referem satisfação em trabalhar no hospital, mas pontuam insatisfação salarial. Assim como os gestores, ressaltam que existe satisfação com o projeto do hospital. Relatam essa satisfação mais clara nas Unidades de internação do que no pronto socorro e um desejo constante de fazer mais pelo paciente.

Fisioterapeutas e fonoaudiólogos ressaltam sentimento de valorização profissional após aumento de profissionais na equipe de trabalho. No entanto, a maioria dos profissionais refere sentimento de frustração devido ao número ainda insuficiente de trabalhadores para atender a demanda de pacientes.

A assistente social às vezes ele fica em segundo plano, porque a gente, também pela falta de tempo que a gente trabalha, particularmente, alguns casos... Mas são muitos os casos, até no andar os acompanhamentos eles deixam a desejar, que a gente poderia fazer o encaminhamento, que a gente poderia ter uma atuação melhor (S5, Grupo Focal 5).

Trabalhadores afirmam que o ambiente hospitalar e o processo de trabalho, com todos seus dificultadores, têm gerado desgastes, frustrações e afastamentos como se explicita na fala:

Uma coisa que eu escuto muito são as especialidades dizendo que gostariam que houvesse um psicólogo no trabalho. Como há o médico do trabalho, que houvesse um psicólogo. Muitos explodem, muitos não aguentam mais, aí é atestado, atestado, atestado. Mas eu acho que o foco é o paciente. Muitas vezes a equipe do dia fica desgastada por um ritmo muito intenso do dia. Talvez seria importante as equipes também serem um pouco o foco. Assim, o que está sendo oferecido em termos de qualidade de trabalho (S46, Grupo Focal 6).

Tratando-se especificamente do ambiente hospitalar, muito se tem falado e publicado a respeito das condições inadequadas de trabalho impostas em grande parte desses serviços, expondo seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social (BARBOZA E SOLER, 2003).

A dificuldade vivenciada pela equipe reduzida foi mais relatada no período da noite e este foi apresentado como ponto dificultador do trabalho em equipe e da continuidade do cuidado ao paciente.

Para Barboza e Soler (2003), a equipe de enfermagem constitui-se na maior força de trabalho no hospital, e suas atividades são frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, com rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, além de dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, e situação de exercício profissional que têm repercutido em elevado absenteísmo e afastamentos por doenças.

O baixo salário foi citado pelos trabalhadores como um fator desmotivador para o trabalho na instituição. Além desse fator, foi colocada a sobrecarga com várias horas de trabalho, sendo causadores de absenteísmo institucional e prejudicando a qualidade da assistência ao paciente.

É como se tivesse uma rádio difusora dos funcionários mostrando pra todo mundo que a situação está ruim. E você identifica um e outro que estão extremamente descontentes com o salário. E o processo que acontece na saúde é que normalmente a hora trabalhada é pouco valorizada, então o profissional, o que faz? Aumenta de forma significativa o número de horas que ele trabalha. Você tem técnico trabalhando 12 horas todos os dias, de segunda a segunda (S52, Grupo Focal 6).

É importante ressaltar que trabalhadores sugerem valorização do funcionário para repercutir em melhorias na qualidade da assistência.

Talvez uma campanha de valorização do profissional. O profissional trabalhar num hospital e falar: "eu gosto de trabalhar nesse hospital". Igual eu já ouvi médico falando: "eu internaria meu pai aqui". Hoje eu já não sei se falaria a mesma coisa não. Eu tenho a impressão que esse

hospital teve um pico, depois, em termos de qualidade, caiu (S60, Grupo Focal 6).

A PNH (2004) entende a Humanização como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Define que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades.

Uma das falhas apontadas pelos participantes da pesquisa diz respeito à distinção ainda muito presente no hospital entre a forma exigida de implicação dos médicos e de outros profissionais. Gestores relatam que é realizado treinamento introdutório para os profissionais contratados na instituição, contudo, o profissional médico não participa desse momento, por exemplo. Como não se ocupar de forma igualitária com as diferenças que comprometem formas de implicação posteriores na nova instituição Linhas de Cuidado, que tem a finalidade, justamente, de tornar mais consistente e com maneiras mais positivas a implicação de todos, gestores, usuários e profissionais?

O espaço da educação permanente foi apontado como necessário de ser cultivado constantemente. Ceccim (2005) afirma que a Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor saúde, essa estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva. De fato, a educação permanente configura-se como a expectativa maior do empoderamento das equipes em um novo processo de trabalho.

No entanto, o Gestor 5 afirma que a formação dos profissionais ainda não considera o trabalho em equipe e que seria preciso uma educação continuada mais efetiva no sentido de melhorar essa prática e qualificar a assistência à saúde. Os trabalhadores também reconhecem que é necessário aumentar o número de capacitações:

Eu acho que a capacitação das pessoas, de todas elas, em todas as esferas. De médico, de enfermagem, de enfermeiro, de técnico de enfermagem e mesmo a agilização do cuidado pra segurança no cuidado e pra agilização de exames e etc., pra liberação de pacientes. Porque a gente vê que tem muitos pacientes que às vezes ficam aqui

dois, três dias pra esperar um resultado de exame, porque o médico não tem segurança de dar alta porque o enfermeiro não agilizou alguma coisa, porque o técnico de enfermagem não agilizou alguma coisa. Então, pra agilidade desse paciente mesmo e pra dar maior segurança na assistência mesmo, tanto médica quanto de enfermagem. Eu acho que isso não depende do dinheiro, depende de capacitação das pessoas (S14, Gestor 6).

Para Paschoal *et al.* (2007), a educação permanente ou continuada e em serviço, pode motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades da realidade.

Franco (2007) identifica o caráter imanente entre produção de cuidado e produção pedagógica, quando se refere à educação permanente na saúde. Isso significa que um está no outro, isto é, o trabalho está na pedagogia e esta na atividade laboral, e eles só têm a potência de produzir educação permanente quando há essa aliança. A vivência, ou melhor, a experimentação que possibilita o *afetamento* dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS.

Processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de trabalho, devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novo conhecimento às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde. Tudo isso tem como pano de fundo a micropolítica dos processos de trabalho que operam nos diversos cenários do SUS, sejam aqueles mais relacionados à esfera da gestão ou aqueles mais relacionados ao âmbito assistencial (FRANCO 2007).

Observa-se, na discussão dessa categoria, uma luta permanente entre satisfação e insatisfação em trabalhar na instituição. A identificação com o projeto institucional torna-se crucial para a motivação. No entanto, é evidente o número inadequado de profissionais para a demanda, a sobrecarga de trabalho, a vontade por educação permanente e o não entendimento ou não conhecimento por parte dos trabalhadores da política de gestão de pessoas da instituição.

4.2.2.3 Comissões e colegiados

O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual o trabalhador não deve se furtar. É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

As Comissões e Colegiados foram citados ora por gestores ora por trabalhadores. Gestores afirmam que a forma de gestão do hospital é colegiada e de corresponsabilização. Acrescentam que a diretoria é aberta ao diálogo constante e tem inserção fundamental nos processos assistenciais da instituição e que esta inserção facilitou a implantação do modelo assistencial.

Olha, a direção é muito aberta, a gente tem assim, como se fosse uma linha direta, tanto com os profissionais, com os coordenadores médicos, porque a gente não tem só os coordenadores de linha de cuidado, tem o coordenador da ortopedia (S11, Gestor 4).

Campos (1998) propõe o modelo de Gestão Colegiada, ou Gestão Compartilhada, ou Gestão Colegiada centrada em Equipe de Saúde. Coloca que esse sistema deve assegurar tanto produção qualificada de saúde quanto garantir a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores. No entanto, reuniões científicas com a participação apenas de uma categoria foram citadas como colegiados. Campos (1998) reflete que, desde a década de 1970, há um movimento voltado para estimular a democratização dos serviços de saúde, com a criação de Conselhos de Saúde, da participação comunitária, realização de Conferências e outras, no entanto, no dia a dia, os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo.

Três gestores citaram o que consideram reuniões colegiadas, sendo uma no Pronto Socorro, com discussão técnica e administrativa dentro das especialidades médicas, mas consideram que a informação ainda é um grande desafio. O segundo espaço colegiado são as reuniões científicas de médicos horizontais da clínica médica com a participação de residentes e acadêmicos de medicina. E o terceiro espaço é o Colegiado Gestor de Enfermagem com a

participação de coordenadores de enfermagem setorial, os de Linhas de Cuidado, além de enfermeiros da assessoria da coordenação técnica de enfermagem, enfermeiro da EMTN e enfermeiro da Educação Continuada.

Gestores afirmam que o hospital possui as Comissões hospitalares recomendadas pelo Ministério da Saúde. Colocam que o incentivo à participação das pessoas é difícil, e que isso é essencial para que as mesmas possam refletir discussões e mudanças no processo assistencial. No entanto, trabalhadores entendem que ser membro de uma Comissão e atuar na assistência pode trazer sobrecarga ao trabalhador.

Corroborando com essa ideia, Campos e Rates (2008) colocam que a co-gestão convida grupos à reflexão, ou seja, “críticas generosas para mudanças inevitáveis”. Desenvolve maior capacidade reflexiva, maior capacidade de interferir sobre os fatores estruturados internos e externos.

O Gestor 1 ressalta que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é parceira no processo de trabalho do hospital e que as Comissões, de um modo geral, têm trabalhado positivamente para o hospital.

No entanto, o Gestor 5 considera que as Comissões de saúde do hospital poderiam ter um envolvimento maior no processo de trabalho, pois exercem um papel de interconsultoras e, na maioria das vezes, são o enfermeiro e o médico que resolvem os problemas.

Trabalhadores colocam que o trabalho da CCIH deveria ser de mais apoio e menos intervenção. Ressaltam, ainda, que existe necessidade de treinamentos e que é necessário melhorar a qualidade da informação acerca das mudanças nas rotinas:

Então, simplesmente, eles chegam com um papel, entregam pra gente e falam: “Te trouxe um presente” – nesse termo, “te trouxe um presente”. Na hora que a gente vai ver é um paciente com VRE (contaminação por *Enterococos Resistente a Vancomicina*). “E aí, tem vaga no 6º A? – Ah, não sei, liga pra lá e pergunta. – Me ajuda, como que eu vou fazer? Eu não tenho como remanejar”. Então eles falam: “O presente é seu, você que dê o seu jeito aí”. Não vejo a CCIH lá ajudando a gente. Eu acho que eles fazem vistoria, às vezes a gente nem vê (S66, Grupo Focal 2).

A lógica tradicional de gerir acaba predominando, com poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e ausência de comunicação entre os Serviços (CAMPOS, 1998).

Apesar dessas críticas, a CCIH é citada como exemplo de Comissão bem sucedida por estar bem implantada na instituição com um profissional de referência em cada setor.

O Gestor 1 ressalta a importância do Fórum de Recursos Humanos criado recentemente, com apoio e participação do Observatório de RH da UFMG. Participam dessa Comissão todas as Coordenações assistenciais e de apoio, com discussão mais aprofundada das questões práticas da gestão de RH. O Gestor 1 afirma que o Fórum tem sido enriquecedor para o enfrentamento dos problemas da instituição.

Alguns trabalhadores desconhecem as Comissões hospitalares; no entanto, a maioria considera importante o trabalho das mesmas, mas fazem críticas ao processo de trabalho, assim como o Gestor 5.

Além da CCIH, foram citadas pelos trabalhadores a Comissão de Transplantes, a Comissão de Óbitos e a Comissão de Ética de Enfermagem. Relataram também que existia uma Comissão de Curativos e que atualmente sentem falta dessa Comissão que não existe mais.

A Comissão de Transplante é vista pelos trabalhadores como uma Comissão de processos burocráticos. Ressalta-se também o desconhecimento das atividades dessa comissão na instituição.

O transplante também, a gente só preenche aquela folha quando o paciente vai a óbito, entrega pra médica, no meu caso à tarde é uma plantonista, também preenche e tem a opção lá: se ele é apto ao transplante ou não, à doação de órgãos. A gente entrega e nem fica sabendo de nada. Eu sei que tem um enfermeiro aqui, mas eu nunca vi ele nem passar no setor pra falar: "Olha, gente, eu sou do MG Transplante" (S66, Grupo Focal 2).

Os trabalhadores consideram que o trabalho das Comissões deve ser mais próximo da assistência, com divulgação efetiva das ações, reuniões com os profissionais para melhorar a interação, trabalho mais preventivo e capacitações. Afirmam que a divulgação dessas Comissões pode melhorar o modelo de Linhas de Cuidado no hospital. Reconhecem que também é importante que o profissional procure as Comissões.

Eu vejo que, quando a gente trabalha numa instituição deste tamanho, deste porte, em qualquer lugar que você trabalhe que é muito grande, o mais normal é que a informação chegue até você. Porque todo mundo procurar aquilo é muito difícil. E todo mundo pode ter acesso à informação e interpretar de cada jeito (S61, Grupo Focal 4).

Campos (1998) define Unidade de Produção como local de encontro da equipe multiprofissional. Afirma que, para garantir um modelo de gestão compartilhada, é primordial a criação de Colegiados e o acesso fácil às informações dos encontros desse grupo, como horários e locais definidos.

Observa-se, assim, que existe um diálogo aberto com a gestão/direção da instituição, mas são poucos os espaços coletivos com representatividade profissional e de usuários. As Comissões institucionais citadas são importantes espaços para a construção desse coletivo, porém não são compreendidas no Hospital como espaços colegiados.

Franco e Franco (2002) afirmam que só um processo coletivo pode garantir que haja um bom funcionamento das Linhas de Cuidado após sua organização. A discussão e a pactuação conjunta garantem o compromisso de cada um, ativam a idéia de que o usuário é o centro dos Serviços de Saúde, garantindo que os fluxos de acesso aos serviços proporcionem um acesso seguro e tranquilo a esses usuários.

Portanto, para que as forças instituintes do novo modelo de assistência em Linhas de Cuidado possa ser implementado em sua plenitude, torna-se necessária a criação de momentos de discussão programados e regulares sobre o processo de trabalho. O encontro da equipe multiprofissional parece ser o caminho mais promissor, juntamente com as capacitações freqüentes, que não sejam somente de caráter técnico, mas espaços de construção do saber compartilhado e voltado para os usuários.

4.2.3 O ensino no hospital

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital está em dois eixos na questão da formação: como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para a gestão e para a atenção – e, ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação - técnica, de graduação e de pós-graduação.

A formação de Recursos Humanos para a saúde é tema presente nas análises e ações que buscam a consolidação do SUS no Brasil. Neste contexto, a relação entre os Serviços de Saúde e as escolas formadoras é foco central de debate e atuação na preparação e no desenvolvimento de profissionais para o Serviço de Saúde (BATISTA E GONÇALVES, 2011)

A Residência Multiprofissional foi citada pelos gestores como motivadora para um processo multiprofissional e aperfeiçoamento do modelo assistencial, antes muito mais voltado para as especialidades médica e de enfermagem.

A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. Foi regulamentada pela Portaria Interministerial, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, Nº 1.077 de 12 de Novembro de 2009 (BRASIL, 2009).

Gestores e trabalhadores consideram que a residência multiprofissional é um dispositivo estratégico para um modelo de gestão mais coletivo.

A residência multiprofissional nos traz um caminho que a gente está tentando criar nesse momento. É de integrar num processo especial multiprofissional de fato, e não com vários profissionais. Então, é muito interessante. Dentro desse processo terapêutico, algumas vezes o profissional mais importante, naquele momento, pode ser o assistente social; algumas vezes é o enfermeiro; algumas vezes é o fisioterapeuta, algumas vezes é o médico (S22, Gestor 1).

Jardim *et al.* (2008) colocam que, em um hospital escola, a equipe multiprofissional tem uma atuação mais coesa e ainda conta com a participação dos estudantes, sendo esta bastante significativa.

A Residência Multiprofissional foi vista nas categorias Trabalho em Equipe e Equipes Institucionais impulsionando outras equipes a modelos mais compartilhados de saberes.

Em estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2010), percebeu-se que a construção do perfil de competências revelou a potencialidade pedagógica e política da Residência Multiprofissional em Saúde para transformação das práticas de cuidado em saúde e a necessidade de se pensar a formação a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença.

O Gestor 1 ressalta que médicos ainda não fazem parte desse modelo de residência, o que apresenta-se como uma incoerência. A necessidade de especialistas, e por categoria profissional, não deve anular a importância da participação da categoria médica na formação multiprofissional.

Ficou explicitado na fala de gestores e trabalhadores como o empoderamento dos profissionais da Residência Multiprofissional pode ser percebido à medida que atendem o paciente a partir de sua necessidade de cuidado e não por solicitação médica. Esse empoderamento também foi percebido nas equipes multiprofissionais institucionais.

Gestores colocam que o hospital é uma escola, tendo compromisso com o ensino, e que este deve se adequar ao modelo assistencial. Relatam que, no princípio da gestão atual, em 2006, os alunos da UFMG tinham uma visão negativa da instituição, faziam sorteio para o estágio e que atualmente essa realidade mudou, com disputas por esse campo.

Ressaltam que a presença dos alunos já é uma constante no hospital e que os profissionais já estão acostumados e recebem bem os discentes.

Em estudo realizado por Jardim *et al.* (2008) em um hospital universitário, os pacientes entrevistados mostraram-se satisfeitos com a presença dos alunos no hospital e estes lhes despertaram sentimentos de alegria, segurança e acolhimento. A pesquisa ainda concluiu que a presença de alunos na instituição hospitalar promove maior disseminação de informações.

No entanto, a permanência dos alunos na instituição divide opiniões no grupo de trabalhadores. Alguns consideram que o trabalho fica mais lento e que isso prejudica a assistência e outros dizem aprender junto aos acadêmicos.

Eu acho que a gente faz milagre, eu acho que a gente faz um trabalho muito bom diante das limitações de pessoal, da limitação de tempo e da sobrecarga de trabalho que a gente tem, porque aqui a gente é assistencialista, a gente é responsável por tocar o serviço e também é professor, isso é muito pesado para todas as áreas, porque a gente não pode deixar na mão do aluno, a gente tem que sempre estar assinando em baixo ali, em outros lugares não, o cara é só prescritor, ele não tem que tocar o serviço, a gente aqui não, a gente faz a assistência e também faz isso (S27, Grupo Focal 5).

Relatam também que, devido à sobrecarga de trabalho, às vezes, é necessário priorizar a assistência em detrimento do ensino.

Tavares *et al.* (2011) evidenciaram, em estudo com enfermeiros preceptores, que a vivência é percebida como gratificante e enriquecedora, por permitir a troca de experiências, mas também frustrante, pelo fato de o enfermeiro preceptor não oferecer a assistência ideal ao graduando que, nas instituições públicas, em geral, tem sido penalizada com a deficiência dos recursos humanos e materiais. Ressaltam que isso interfere diretamente na qualidade da assistência prestada à população, gerando insatisfação nos profissionais que se sentem impotentes e frustrados com a situação, na qual se pode incluir os graduandos.

Nesta pesquisa, a sobrecarga de trabalho foi uma das categorias emergentes. Observou-se que os preceptores sentem dificuldades com o acúmulo de funções. Para os enfermeiros preceptores, esse acúmulo de funções tem prejudicado a participação na formação do graduando, sendo realizada de forma inadequada. Tavares *et al.* (2011) afirmam que a sobrecarga de trabalho conduz a uma preceptoria deficiente, uma vez que, para conseguirem gerir eficazmente o seu tempo, optam por executar alguns procedimentos, ao invés de ensinar e orientar.

Como ponto positivo, trabalhadores ressaltam o fato de um hospital escola ter vários profissionais, possibilitando o trabalho multidisciplinar que permite a transferência de saberes. A existência de muitos profissionais de várias especialidades, de vários alunos e o reconhecimento do hospital como de ensino, são aspectos que contrapõem às dificuldades geradas ao se tumultuar, algumas vezes, os setores, segundo a avaliação dos entrevistados.

Consideram que o aluno é importante para o paciente; mas ressaltam que ele não supre a necessidade de profissional.

Tem sempre isso, uma dúvida que gera de um aluno pode ser uma mudança, uma rotina que você venha propor para melhorar a qualidade do seu serviço, mas é muito válido, onde se tem isso muito definido, quem tem a ganhar com isso é o paciente, sem dúvida é o paciente. E você consegue de fato ter um número maior de pacientes sendo acompanhados de alguma forma (S6, Grupo Focal 5).

Barata *et al.* (2010) consideram que os Hospitais de Ensino são serviços imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência à população necessitada.

Feuerwerker e Ceccim (2004) ressaltam que a formação para a saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Essa categoria enfatiza a importância do ensino na instituição de pesquisa. A Residência Multiprofissional é uma instituição com fortes forças instituintes da implantação do modelo de Linhas de Cuidado uma vez que se empodera dos conceitos micropolíticos dessa prática e impulsiona outras instituições a romper com o modelo tradicional ainda presente. Paralelamente, os profissionais dos setores do hospital sentem-se valorizados quando conseguem se implicar mais intensamente na formação dos recursos humanos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado, buscou-se avaliar a implantação do modelo de Linhas de Cuidado de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como referência a Linha de Cuidado Clínico e considerando a implicação dos atores envolvidos, gestores, profissionais de saúde e dos usuários na proposta.

Sabe-se que transformar um modelo de atenção não é um mecanismo simples e fácil; pelo contrário, torna-se um processo complexo, emaranhado de atores, sentimentos, desejos e intenções.

A saúde, no Brasil, desde os primórdios, foi baseada em modelos centrados no saber médico, com exclusão de outros profissionais e colocando o usuário como mero receptor de intervenções pontuais. Modelos mais democráticos de atenção à saúde foram amplamente estudados na literatura e torna-se fundamental realizar essa mudança de paradigma no sistema de saúde.

O modelo de Linhas de Cuidado surge como uma alternativa para articular a gestão do sistema e a produção do cuidado, com o objetivo de diminuir a fragmentação já existente no SUS. Como premissa desse modelo, está a produção de saúde de forma sistêmica, voltada para a assistência ao usuário e centrada em sua demanda, considerando as Redes de Atenção à Saúde.

Já foi exposto que os modelos tradicionais de atenção à saúde utilizam “tecnologias duras” enfocando diagnósticos e procedimentos, privilegiando o saber médico. As Linhas de Cuidado propõem nova relação na equipe de saúde e entre os trabalhadores e o usuário.

Analizou-se as categorias encontradas a partir dos três marcos conceituais, na perspectiva micropolítica, propostos por Malta e Merhy (2010): a atuação da equipe na coordenação do cuidado e não apenas um profissional “ditando ordens”, a vinculação e responsabilização do cuidador e a busca de produção da autonomia do usuário.

Apesar de gestores considerarem que o modelo de Linhas de Cuidado é o eixo estruturante do projeto institucional, observou-se, nas falas de profissionais e de um gestor, o desconhecimento com relação ao modelo

proposto, sendo este desconhecimento um fator crítico para a implantação da proposta. Alguns profissionais referiram ser um modelo não implantado ou que não promoveu mudanças. É importante ressaltar que os trabalhadores referiram necessidade de estabelecer as responsabilidades de cada profissional no processo de trabalho.

A superlotação do Pronto Socorro foi colocada em quase todas as categorias como fator limitante para o implantação das Linhas de Cuidado. No entanto, foram observados como pontos positivos do modelo assistencial, por profissionais e gestores, a horizontalização dos profissionais médicos e o atendimento multidisciplinar nesta Unidade.

As equipes tratadas neste estudo como multidisciplinares institucionais, Unidade de AVC, Equipe de Cuidados Paliativos e EMTN, estão rompendo com o modelo tradicional - instituído por meio de uma abertura maior, de um espaço mais democrático, para as outras categorias não médicas e permitindo que o instituinte - o novo, se torne uma instituição. São espaços para se discutir casos em que se percebe uma interação entre os profissionais envolvidos. É percebida a predominância do saber médico; no entanto, a atuação do profissional nessas equipes independe da solicitação médica, mostrando um empoderamento instituído.

Portanto, as equipes multiprofissionais funcionam como modelos, impulsionando os outros cenários institucionais para o modelo de Linhas de Cuidado, já percebido na prática assistencial da UAVC principalmente.

Nas falas de gestores e trabalhadores, foi percebida a afirmação de que existe continuidade do cuidado na instituição, tanto de um setor para o outro, quanto internamente nas equipes. No entanto, o discurso mais prevalente é o da tentativa de dar continuidade ao cuidado prestado. Reconhecem que protocolos assistenciais únicos e comunicação efetiva com discussão de caso proporcionariam uma assistência mais integral, com fluxo contínuo de atendimento.

A sobrecarga de trabalho, provocada pelo número reduzido de profissionais para atender a demanda, é referida como dificultador para a continuidade do cuidado e, em determinados momentos, promove a desassistência na instituição. No Pronto Socorro, essa sobrecarga é mais evidente que nas outras estações do cuidado.

Foi desvelado que o trabalho em equipe interdisciplinar ainda está em luta com o modo tradicionalmente conhecido como 'equipe' – agrupamento de pessoas – instituído no hospital. Como fatores impulsionadores para esse modo instituinte – trabalho em equipe interdisciplinar, são referidos por trabalhadores e gestores a convivência profissional, o conhecimento, o saber do outro com valorização do mesmo e a ajuda mútua. Os trabalhadores ressaltaram que modos diferentes de reconhecer a demanda do usuário por parte dos vários atores possibilitam a contraposição do ponto de vista médico – ainda detentor das decisões na equipe.

Sobrecarga de trabalho, alta rotatividade de profissionais e perfil profissional inadequado são considerados como aspectos negativos para o desenvolvimento de um trabalho em equipe.

A relação com a Rede de Atenção à Saúde ainda é incipiente, sendo pouco citada nas entrevistas e grupos focais. Sabe-se que o estabelecimento de redes não é tarefa fácil; no entanto, torna-se cada vez mais urgente esse novo modo de operar o sistema de saúde. Instituições isoladas operando em seus mundos complexos se mantêm em força oposta ao modelo de comunicabilidade e relacionamento entre os Serviços do SUS.

Como fatores facilitadores para o trabalho em rede nesse Serviço, podemos citar o reconhecimento dos profissionais de uma RAS municipal estruturada e a necessidade relatada de maior aproximação da mesma. Como exemplo de uma nova forma de relacionamento entre as instituições do SUS, citamos a aproximação e a pactuação com as UPAS 24 HS da região.

Quanto à posição que o usuário ocupa na instituição, foi relevante a satisfação pelo atendimento prestado nas falas dos usuários. A satisfação estava associada, principalmente, ao atendimento profissional, ao acesso a medicamentos e à alimentação. No entanto, usuários referiram ausência e inadequada comunicação entre os profissionais, refletindo na qualidade da assistência e repercutindo em tristezas e angústias.

A relação profissional-usuário foi mais bem avaliada pelos trabalhadores no setor de internação que no Pronto Socorro, onde foi avaliada como ruim por um dos gestores.

As divergências encontradas em relação à escuta do paciente são indicadores relevantes de que o modelo assistencial tradicional, ou seja, de

intervenções isoladas no sujeito e não inserção do mesmo como corresponsável no tratamento ainda está instituído. É importante ressaltar que não se observaram movimentos para a garantia da autonomia dos usuários no processo de cuidado.

A formulação do trabalho no hospital foi de inserção na rede assistencial do município, trabalhando com o modelo de Linhas de Cuidado, com gestão horizontal e colegiada. Mudanças na gestão do modelo assistencial foram relatadas para atender a necessidades impostas pela demanda do usuário. Tais mudanças foram consideradas após acompanhamento e diagnóstico do processo de trabalho.

Na fala de gestores e trabalhadores, foi possível perceber uma diretoria aberta ao diálogo, não apenas com os gestores, mas também com os trabalhadores. No entanto, o planejamento da gestão hospitalar ainda é incipiente, pois apenas três gestores se referiram a tal tema.

Na gestão de RH, observou-se uma luta permanente entre satisfação e insatisfação em trabalhar na instituição. A identificação com o projeto institucional torna-se crucial para a motivação. O sentimento de satisfação foi considerado mais prevalente nas Unidades de internação do que no Pronto Socorro.

Apesar de gestores afirmarem que o investimento principal é para garantir uma assistência multiprofissional de qualidade, ficam claros, na fala dos trabalhadores, o número inadequado de profissionais para a demanda, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de educação permanente em serviço.

O alto índice de absenteísmo na equipe de enfermagem, que é a maioria no conjunto dos profissionais de saúde, aparece em quase todas as categorias como ponto dificultador para a implantação do modelo de Linhas de Cuidado e deve ser mais discutido em outros estudos, pois é uma realidade nos serviços de saúde atualmente.

Foi explicitado que há o não entendimento ou o não conhecimento, por parte dos trabalhadores, da política de gestão de pessoas do hospital. Isso configura-se como prejudicial a modos de implicação mais pertinentes dos mesmos na instituição e, conseqüentemente, ao modelo de assistência proposto.

Apesar de gestores afirmarem que há uma gestão colegiada e de corresponsabilização, observou-se que são poucos os espaços coletivos com representatividade profissional e de usuários. As Comissões relatadas poderiam ser importantes espaços para discussão colegiada.

Reuniões científicas e administrativas com a participação de uma categoria foram citadas como Colegiados, porém, para o modelo assistencial proposto, é necessária uma discussão em equipe, sem exclusão de profissionais ou ideias, pois esse deve ser o momento de confronto. Assim, é primordial a criação de momentos de discussão programados e regulares sobre o processo de trabalho, os projetos e avaliações das ações e políticas colocadas em prática.

A formação profissional, com a presença de alunos no hospital é mais uma instituição que vem corroborando positivamente para a implantação do modelo de Linhas de Cuidado. A Residência Multiprofissional se caracterizou por fortes forças instituintes da implantação desse modelo, pois rompe com o modelo tradicional e se empodera dos conceitos micropolíticos de uma prática assistencial mais democrática. Essa instituição impulsiona as outras a romper com o modelo tradicional ainda presente.

Dessa forma, pode-se compreender que o modelo assistencial de Linhas de Cuidado está sendo implantado na instituição. Fortes são as forças instituintes de várias instituições presentes. Consideramos ser necessário um gestor, ou grupo de gestores das linhas de cuidado, que fique na vigilância de todo processo, pensando e operacionalizando os fluxos para garantir o acesso aos recursos. Inovações como as equipes citadas como multiprofissionais institucionais e a Residência Multiprofissional devem estar presentes nos estudos próximos a fim de se conhecer melhor como são estabelecidas as relações e normas internamente.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Ver Inteface-comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.14, p73-92, 2004

BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J. T. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2):295-304, fev, 2011

BARATA, L.R.B. ; MENDES, J.D.V. ; BITTAR, O.J.N.V. **Hospitais de Ensino o Sistema Único de Saúde.** RAS – vol. 12, n. 46, jan-mar 2010. Acesso em 12/02/2013, disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>,

BARBOZA, D.B. ; SOLER, Z.A.S.G. **Afastamentos do trabalho na enfermagem : Ocorrências com trabalhadores de um Hospital de Ensino.** Rev. Latino-ame de Enfermagem, março-abril, 11(3) : 177-83, 2003

BATISTA, A. A. V. B.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N, C. S. CARVALHO, G. R. P. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** Rev Esc Enfermagem USP, 2005; 39 (1): p.85-91.

BATISTA, C.B. GONÇALVES, L. **Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde.** In: KIND, L. BATISTA, C.B. GONÇALVES, L. Universidade e Serviços de Saúde. Interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde. Belo Horizonte. Editora PUC Minas. P25-48. 2011.

BERNOUX, Philippe. **La sociologie des organisations.** Paris : Seuil, Coll. Points,1985. 283p.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et sés méthodes : l' entretien.** Paris : Nathan, 1992.

BORGES, A. F.; SILVA, Z. R. M. **Breve histórico sobre a implantação e atuação da área de Gestão de Pessoas.** In: Araújo e Rates (org.,) Co-Gestão e Humanização Na Saúde Pública: Experiências Construídas no Hospital Odilon Behrens. Belo Horionte. P.159-168. Sigma Editora: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em 27/05/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 2.395, de 11 de outubro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N 1663, de 06 de agosto de 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 665 de 12 de Abril de 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RDC N. 63 de 06 de julho de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria N 1.077 de 12 de Novembro de 2009.
- CAMPOS, C. R. *et al.* (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.103-120.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, fev 2007.
- CAMPOS, G.W.S; RATES, S.M.M. **Segredos e impasses na gestão de um hospital público**. In: Rates e Araújo (org.) Co-gestão e Humanização na Saúde Pública: Experiências Construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. p 39-47, Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008.
- CASTORIADIS, C. **Encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- COSTA, M. A., *et al.* Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo das linhas de cuidado. In: MAGALHÃES JUNIOR, H.M (org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte. Mazza edições. v.1, p.549-570. 2010.
- CARNEIRO, M. T. R.; BERTI, H. W. **A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica**. Rev Mineira Enfermagem, 13 (1): p.84-92, jan/mar, 2009
- CECILIO, L.C.O. **“Modelos tecno- assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada ”**. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 13 (3):469- 478, jul- set, 1997.
- CECCIM, R. B. **Réplica**. Rev Interface - Comunic., Saude, Educ, v.9, n.16, p.161-77, fev 2005.
- CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. **Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.531-42, 2009.
- CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1999.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, 1997. 287 p.

ESCOREL S. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Pública 2007; 21:164-76.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais**. Rev Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): 965-971, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde**, 2002. Disponível em: Acesso em 24/02/2011.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, IN: Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Rev Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FREITAS, M.I.F. L'analyse institutionnelle. *In : Des discours et des actes dans l'innovation socio-médicale au Brésil* (analyse des enjeux institutionnels et stratégiques dans la participation de l'université fédérale de Minas Gerais à cette innovation). Bordeaux : Université de Bordeaux II. UFR Sciences Sociales et Psychologiques. Section Sciences de l'Education. 1991. p. 47-51. [Thèse de doctorat nouveau régime]

FREITAS, M. I. F. Relatório técnico: a gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV. Toulouse: CERS-Université de Toulouse-le Mirail/UFMG/MS-**Cooperação Técnica Sida Brasil/França**, 1998. FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **L'implication institutionnelle**. Texte produit pour le Séminaire Stratégies du changement institutionnel, EC1-2 Sociologie des institutions de formation en santé, Unité d'enseignement 1 – Approche psycho-sociale de la santé, Département de Pédagogie des Sciences de la Santé, UFR Santé Médecine et Biologie Humaine – Léonard de Vinci, Paris 13. Sep. 2005. [GOULART, B. F.](#) ;

GOULART, B. FREITAS, M. I. F. **A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 24, p. 2123-2130, 2008.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório de Gestão** Junho de 2006 a Março de 2007. Belo Horizonte, 2007. 26p.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório de Gestão** Janeiro a Dezembro de 2007. Belo Horizonte, 2007b. 17p.

JARDIM, P.C.B.V.; COSTA, N.G.S.; OLIVEIRA, P.C.; SILVA, V.N. O papel do aluno de graduação em medicina no atendimento a pacientes de enfermarias de longa permanência de um hospital-escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32 (n1): 75-82, 2008. Acesso em 23/02/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/10.pdf>

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 1999. 336 p.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995. (*L'analyse institutionnelle*. Paris : Éditions de Minuit. 1970).

MALTA, D.C. *et al.* **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. *Ciência e Saúde coletiva*, 9(2): 433-444, 2004. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 20/06/2011.

MALTA, D. C., MEHRY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em 07/06/2011

MENDES, E. V. **Sistemas de servicios de salud em Brasil**. Guadalajara: no prelo, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.5, Rio de Janeiro, 2010.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**. *Rev Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, n.6, fev 2000.

MERHY, E.E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: **Conferência nacional de saúde, descentralizando e democratizando o conhecimento**, 9., 1992, Brasília. Cadernos. Brasília, 1992. p.91-6. v.1.

NASCIMENTO, D. D. G. ; OLIVEIRA, M. A. C. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família**. *Rev Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, p.814-827, 2010.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro**. Rev Ciência e Saúde Coletiva, 2008; 13 (5): 1637-1648.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010.

OTENIO, C. C. M. ; NAKAMA, L. ; LEFREVE, A. M. C.; LEFREVE, F. **Trabalho multiprofissional em um serviço público de saúde municipal**. Rev. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.17, n.4, p135-150. 2008.

PROCHNOW A. G.; LEITE J.L.; ERDMANN A. L. **Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro**. Rev Latino Amer Enfermagem 2005; 13:583-90.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. **Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino**. Revista Escola Enfermagem USP. 41 (3): 478-84, 2007.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública, 2001, 35 (1):103-109.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde**. Rev Bras Enfermagem 2000; 53:251-63.

SANTOS, A.M. **Alguns conceitos importantes sobre a organização da demanda na rede de atenção à saúde**. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010; p 16-20.

SAUPE, R.; *et al.* **Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar**. Rev Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n18, p521-36, set/dez 2005.

SCHIESARI, L. M. C. **Cenário de acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. Rev Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Marília, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev. 2005.


TAVARES, P. E. N., *et al.* **A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. v. 12, n.4 out/dez, 2011.

VASCONCELOS C. M. **Paradoxos da mudança no SUS** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

ANEXO A – Autorização do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Risoleta Toletino Neves



HOSPITAL
RISOLETA TOLETINO NEVES



Núcleo de Ensino e Pesquisa

Belo Horizonte, 23 de dezembro de 2011.

Processo Nº. 39/2011


Título do Projeto: Avaliação da Implantação do Modelo de Linhas de Cuidado em Hospital Público de Belo Horizonte

Pesquisador: Luciana Márcia Felisberto

O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Risoleta Toletino Neves. O projeto é relevante, os objetivos estão claros, os métodos bem explicados e não há risco biológico para o paciente.

Recomenda-se, porém, que seja acrescentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) um parágrafo introduzindo, de forma clara e objetiva, o tema e o objetivo do projeto de pesquisa.

Atenciosamente;



Nathália Palhares Rocha - Membro do colegiado do NEPE

Hospital Risoleta Toletino Neves
Rua das Gabrielas, 01 Vila Glória CEP 31744-012
Belo Horizonte - MG Telefone: (31) 3459-3286 Fax: (31)3459-3229

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação da Implantação do modelo de linhas de cuidado em hospital público de Belo Horizonte

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas **Versão:** 1

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais **CAAE:** 00926612.5.0000.5149
(UFMG))

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 11428

Data da Relatoria: 04/04/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa de cunho qualitativo que tem por objetivo avaliar a implantação do modelo de linhas de cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como referência a linha de cuidado clínico e considerando a implicação dos profissionais de saúde e dos usuários na proposta. O cenário da pesquisa é a principal unidade de referência para o atendimento de urgência clínica, cirúrgica e materno-infantil do eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. O trabalho de campo constará de entrevista com os sujeitos da pesquisa. Serão incluídos os profissionais da Instituição das seguintes categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo. Estes serão entrevistados considerando-se sua atuação na assistência ao paciente clínico, e que deste modo têm oportunidades de pensar e significar a prática cotidiana no modelo assistencial de Linha de Cuidados. Além desses, serão entrevistados os gestores do hospital, nos diversos níveis de gestão, implicados na implantação do modelo de linha de cuidado, além de usuários do serviço com diagnóstico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), hospitalizados no serviço a época da coleta de dados. Estabeleceu-se para a inclusão dos participantes, além do critério de participação voluntária: 1) usuários em condições clínicas, avaliadas pelos profissionais, e disponíveis para darem seus depoimentos durante a hospitalização ou, posteriormente, em seus domicílios ou no serviço de saúde. 2) profissionais de saúde com no mínimo, um ano de trabalho na Instituição. O número de participantes não será definido a priori e o critério para suspensão de novas entrevistas será a saturação das informações, quando se verificar, durante a coleta de dados, que há conjugação de dados pelos diferentes cuidadores. Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas para realização de primeira análise das falas, com levantamento dos temas tratados, para se definir a saturação (LAVILLE; DIONNE, 1999). As informações serão coletadas por meio de entrevista grupal, o grupo focal de profissionais do serviço, e entrevistas individuais aos gestores. A duração e número de entrevistas individuais não serão definidos a priori, ficando a cargo dos pesquisadores interromperem a coleta, após análise preliminar dos dados. Para os grupos focais, como todos os profissionais da linha de cuidado clínico serão convidados, serão formados quantos grupos forem necessários, média de 10 participantes por grupo. Os grupos focais e entrevistas individuais serão analisados com base na Análise Estrutural de Narração, proposta por Demazière; Dubar (1997).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implantação do modelo de linhas de cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:
Como se trata de pesquisa qualitativa de avaliação de implementação de processo de trabalho por profissionais de serviço não há riscos significativos previstos, exceto possível mal-estar durante as entrevistas e grupos focais, sobretudo quando houver críticas a serem feitas ao trabalho, o que deve ser superado com a certeza de ser assegurado o anonimato dos participantes.

Benefícios:
Tendo em vista que o modelo de linhas de cuidado é uma proposta recente, fica clara a necessidade de estudos sobre sua implantação e as formas pelas quais os atores deste processo estão reconstruindo sua prática profissional para produzir o cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante, bem delimitado, que não envolve riscos significativos e que poderá auxiliar na compreensão do modelo de linha de cuidados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs são dirigidos aos participantes que serão submetidos a entrevistas individuais e aos participantes de grupos focais. A linguagem é clara, são resguardados os direitos dos participantes e adequadamente esclarecidos os objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou pela aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP-UFMG.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado pela plenária do colegiado em 04/04/2012.

BELO HORIZONTE, 10 de Abril de 2012

Assinado por:

Maria Teresa Marques Amaral

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Grupo Focal

Meu nome é Luciana Márcia Felisberto, sou enfermeira, aluna do Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Nível Mestrado, sob a orientação da Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas. Estamos fazendo uma pesquisa com o tema: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE LINHAS DE CUIDADO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**. Trata-se de pesquisa avaliativa de cunho qualitativo com base na Análise Institucional, que tem por objetivo avaliar a implantação do modelo de linhas de cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como referência a linha de cuidado clínico e considerando a implicação dos profissionais de saúde e dos usuários na proposta. Vimos lhe convidar a participar de grupo focal para apresentar suas ideias debatê-las com os demais participantes. A conversa será gravada em áudio digital. Suas opiniões e informações serão analisadas em conjunto com os demais dados obtidos e serão tratadas anonimamente, garantindo o seu sigilo e anonimato. As informações colhidas serão utilizadas na construção do relatório final da pesquisa, no formato de dissertação e artigo para publicação em periódicos ou eventos científicos. Salientamos que a discussão em forma de grupo focal será realizada de acordo com a sua disponibilidade e, caso deseje desistir, em qualquer fase da pesquisa, sua vontade será considerada.

Para quaisquer esclarecimentos você pode contactar as pesquisadoras nos telefones indicados e o Comitê de Ética da UFMG.

Atenciosamente,

Luciana Márcia Felisberto _____

Tel: (31)3271-0401 / 97870907

Maria Imaculada de Fátima Freitas _____

Tel: (31)3248-9871

Eu _____ RG _____, afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da mesma; bem como sobre a utilização das informações que prestei exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo-me garantido o anonimato. Não apresentando dúvidas, autorizo a gravação da minha voz em áudio digital e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente de que não há riscos na minha participação e que poderei interrompê-la a qualquer momento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2012

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Entrevista

Meu nome é Luciana Márcia Felisberto, sou enfermeira, aluna do Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Nível Mestrado, sob a orientação da Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas. Estamos fazendo uma pesquisa com o tema: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE LINHAS DE CUIDADO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**. Trata-se de pesquisa avaliativa de cunho qualitativo com base na Análise Institucional, que tem por objetivo avaliar a implantação do modelo de linhas de cuidados de um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como referência a linha de cuidado clínico e considerando a implicação dos profissionais de saúde e dos usuários na proposta. Vimos lhe convidar a participar desta, através de uma entrevista, que será gravada em áudio digital. Suas opiniões e informações serão analisadas em conjunto com os demais dados obtidos e que serão tratadas anonimamente, garantindo o seu sigilo. As informações colhidas serão utilizadas na construção do relatório final da pesquisa, no formato de dissertação e artigo para publicação em periódicos ou eventos científicos. Salientamos que a entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e, caso deseje desistir, em qualquer fase da pesquisa, sua vontade será considerada.

Para quaisquer esclarecimentos você pode contactar as pesquisadoras nos telefones indicados e o Comitê de Ética da UFMG.

Atenciosamente,

Luciana Márcia Felisberto _____

Tel: (31)3271-0401 / 97870907

Maria Imaculada de Fátima Freitas _____

Tel: (31)3248-9871

Eu _____ RG _____, afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da mesma; bem como sobre a utilização das informações que prestei exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo-me garantido o anonimato. Não apresentando dúvidas, autorizo a gravação da minha voz em áudio digital e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente de que não há riscos na minha participação e que poderei interrompê-la a qualquer momento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2012

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante