



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Cadernos HumanizaSUS

Volume 3
Atenção Hospitalar

Brasília - DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Cadernos HumanizaSUS

Volume 3 Atenção Hospitalar

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Cadernos HumanizaSUS v. 3

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Política Nacional de Humanização
Endereço: SAF Sul, trecho 2, bloco F, 1ª andar, sala 102, Ed. Premium, torre II.
CEP: 70070-600, Brasília – DF
Tel.: (61) 3306-8130
Fax: (61) 3306-8131
E-mail: humanizasus@saude.gov.br
Home pages: www.saude.gov.br/humanizasus
www.redehumanizasus.net

Organização:

Clara Sette Whitaker

Colaboradores:

Aide Mitie Kudo
Amanda Almeida Mudjalieb
Amanda Ornelas Carvalho
Ana Maria da Silva
Annatália Gomes
Antonio Carlos Vazquez Vazquez
Bernadete Perez Coelho
Cacilda Geraldo dos Santos
Caria Paranhos
Carine Bianca Ferreira
Clara Sette Whitaker
Cláudia E. Abbês Baêta Neves
Cristina Amélia Luzio
Dário Frederico Pasche

Eliane Teixeira Leite de Almeida
Erasmu Ruiz
Erika Dittz
Fabiana Almeida Dantas
Gislene de Oliveira Nogueira
Guilherme Cândido Costa
Gustavo Nunes
Jackeline Pillon
José Luiz do A. C. Araújo Jr.
Júlia Cristina do Amaral Horta
Júlia Florêncio Carvalho Ramos
Karla Larica
Kelly Leonel Medeiros
Lélia Maria Madeira
Lidiane Pereira Raposo
Maira Barros Hasemi Magalhães
Mara Xavier Melnik
Mariluci Hautsch Willig
Milena Maria Costa Martins
Patrícia Andreia Lima Maciel
Priscila Bagio Maria
Regina Célia Tanaka Nunes
Ricardo Luiz Vilela de Castro
Rosane Maria dos Santos
Serafim Barbosa Santos Filho
Sheylla Maria Moura Rodrigues
Shirley Monteiro de Melo
Tenile Guimarães Aguiar
Teresa da Costa Freire
Thiago Feitosa
Vera Cristina Augusta Marques
Vera Lúcia Patreze
Verônica Duarte Processi
Yara Cristina Neves Marques Barbosa
Ribeiro
Yumi Kaneko

Reportagens:

Bruno Aragão

Projeto gráfico e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Editora MS

Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Amanda Soares

Revisão: Mara Pamplona

Júlio Maria Cerqueira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

ISBN 978-85-334-1760-1

1. Humanização do atendimento. 2. Formação profissional em saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.39:658

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0017

Títulos para indexação:

Em inglês: Hospital care

Em espanhol: Atención hospitalaria

Sumário

Apresentação	5
1 Atenção hospitalar em rede	9
2 Dimensão de planificação da Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde.....	17
3 Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil	29
4 Clínica ampliada e acolhimento: desafios e articulações em construção para a humanização hospitalar.....	51
5 Considerações sobre o processo de humanização no H.U. de Dourados – MS	63
6 Apelo à humanização da morte nas práticas de saúde	81
7 O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS	99
8 Visita aberta e direito a acompanhante: garantia de acesso, de inclusão e de cidadania.....	121
9 O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão do SUS: o caso da maternidade do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho – João Pessoa/Paraíba	129
10 Práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher	143
11 Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na emergência de um hospital universitário	163
12 Projeto Conhecendo Quem Faz.....	175
13 Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores.....	181
14 Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital universitário de grande porte no município de São Paulo.....	211
15 Cuidando dos Cuidadores – um programa multidisciplinar de acolhimento dos cuidadores informais no Hospital Geral de Pirajussara.....	227
16 A contação de história como estratégia de acolhimento na orientação pré-operatória: relato de experiência.....	235

17 A humanização no Conjunto Hospitalar do Mandaqui da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: da teoria à prática.....	245
18a Mário Gatti: quando bons encontros produzem mais e melhor saúde.....	251
18b No HU de Dourados, todo dia é dia de índio.....	257
18c Protagonismo desde o berço.....	261

Apresentação



Apresentação

A Política de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde nunca pretendeu inventar a roda. Ao contrário, parte das boas experiências do SUS, identifica seus princípios, seus arranjos, seus modos de funcionamento, e propõe diretrizes, dispositivos, ferramentas, para incentivar sua multiplicação.

É nesse contexto que a PNH publica este Caderno. Ele contém reflexões acerca da humanização nos hospitais, artigos analíticos sobre experiências com diretrizes e dispositivos da PNH, relatos e reportagens sobre iniciativas de humanização que dão certo. Humanização aqui entendida como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada e a satisfação do usuário e do trabalhador.

O caderno se inicia mostrando-nos o contexto da atenção hospitalar no Brasil, e seu papel no sistema de saúde hoje, que se quer estruturar em rede. A seguir, o artigo sobre PNH e Planificação traz a importância da dimensão do planejamento e da avaliação, propondo auxiliar-nos na tarefa – muitas vezes deixada em segundo plano – de colocar em evidência a capacidade transformadora das nossas intervenções.

Os artigos seguintes nos permitem refletir sobre os novos paradigmas da humanização nos hospitais, e sobre duas importantes diretrizes da PNH, o acolhimento e a clínica ampliada. Mostram em que medida todos os dispositivos propostos se articulam entre si, e com outras iniciativas, para que sejam de fato desencadeadores de transformações das realidades dos hospitais.

A reflexão sobre a “boa morte” nos leva a pensar em novas atitudes para lidar com a morte e o morrer, tão presentes no cotidiano dos serviços hospitalares.

As experiências, vindas de Norte a Sul e de Leste a Oeste do Brasil, abordam diversos dispositivos da PNH e as mudanças que permitiram desencadear. A gestão participativa, a visita aberta e o direito ao acompanhante; mudanças nas maternidades e nos serviços de emergência; acolhimento à família cuidadora, acolhimento às crianças e o trabalho multidisciplinar são exemplos de iniciativas que, embora de amplitudes diferentes, têm grande potência para melhorar os serviços e o sistema de saúde.

Esperamos que estas reflexões e experiências, escolhidas em meio a tantas outras que estão acontecendo pelo Brasil afora, contribuam com ideias e ferramentas para os trabalhadores dos hospitais, ao mostrar que é possível mudar, sim, e que isso só depende de nós. Somente incentivando os primeiros passos e valorizando os pequenos avanços é que conseguiremos tornar os serviços sempre melhores para todos.

Política Nacional de Humanização

Ministério da Saúde

1

Atenção hospitalar em rede

Karla Larica Wanderley¹



Há muito se diz sobre a necessidade de se implementar políticas específicas para o setor hospitalar brasileiro que induzam a uma reestruturação capaz de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional. A Atenção Hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção.

Segundo a OMS, o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos.

Na prática, estas instituições agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças que envolvem questões sociais, emprego, ensino e pesquisa, assistenciais e de apoio aos serviços de saúde.

Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde. São mais de 7,5 mil instituições que produzem mais de 11 milhões de internações por ano, segundo dados do DATASUS/MS (ano base 2008).

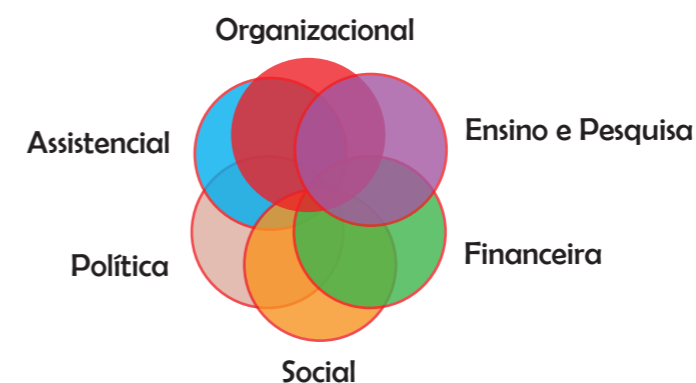
Assim, ao se discutir a necessidade de (re)construção de um novo papel dos hospitais brasileiros dentro da rede de serviços do SUS é preciso apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, com vistas à elaboração de propostas que

Diretora Substituta
do Departamento de
Atenção Especializada/
SAS/MS e Coordenação
Geral de Atenção
hospitalar.
karlalaricaw@gmail.com

possam ser, de fato, estruturantes e coerentes para a garantia e ampliação do acesso à população usuária dos serviços do SUS.

O debate atual sobre a situação da Atenção Hospitalar no Brasil está marcado pela percepção de algumas dificuldades que possuem várias dimensões conjunturais e que interagem entre si. Coexistem aspectos estreitamente vinculados aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais, além de outros que direta ou indiretamente interferem no setor, como por exemplo, o ensino e a pesquisa.

Figura 1 – Dimensões da área hospitalar



Em cada uma dessas dimensões é possível destacar variáveis que contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora. Na dimensão **Financeira**, destacam-se os aspectos relacionados com as opções em termos de mecanismos de custeio das unidades, bem como aspectos relacionados com a geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades existentes. Na dimensão **Política**, pode-se destacar a opção por uma dada direcionalidade, seja por privilegiar o modelo hospitalocêntrico como proposta hegemônica para a sociedade, seja inversamente, para fortalecer a atenção primária como vem sendo denominada no Brasil, aí incluídas as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e a assistência, essa última redefinida a partir da ênfase na assistência ambulatorial, em busca de maior cobertura, efetividade e satisfação da população. Do ponto de vista político-gerencial essa dimensão inclui o estabelecimento de mecanismos de regulação do sistema hospitalar o qual contribui para a dimensão **Organizacional** que trata de definir o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços, tema que tem sido objeto de amplo debate internacional, em torno das alternativas de construção de redes assistenciais voltadas à prestação de serviços específicos, como é o caso das redes de serviços de urgência e emergência, as

UTIs, os serviços de atenção ao parto e à gestação de alto risco, os serviços de assistência oncológica, etc. A questão que se coloca é se a organização dessas redes leva ou não em conta o princípio da integralidade, que preconiza a implantação e articulação de serviços em vários níveis de complexidade, orientando, portanto, a constituição de sistemas de referência e contrarreferência de informações e pessoas, usuários, em algum momento, das diversas redes assistenciais.

Na dimensão propriamente **Assistencial** pode-se enfatizar o modo de organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, o que põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários.

A dimensão do **Ensino**, por sua vez, aparece nos hospitais que se constituem em espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, tendendo a reproduzir um modelo médico-assistencial hegemônico, com todos os seus corolários em termos da divisão técnica do processo de trabalho, fragmentação dos objetos e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, emoldurados pela perda da qualidade na relação dos profissionais de saúde com os pacientes. Nessa dimensão situa-se o enorme desafio de mudança na formação do pessoal de saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem.

Tudo isso tem implicações, evidentemente, na dimensão **Social**, na medida em que a população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e dos processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitados, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia.

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial. Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretenda formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis. A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas

de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo.

O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um (re) ordenamento e uma redefinição de ações para a atenção hospitalar no Brasil, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários; e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características:

Ser um lugar para manejo de eventos agudos;

Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;

Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;

Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;

Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários.

A rede hospitalar brasileira caracteriza-se pela existência de inúmeros estabelecimentos de saúde que não atendem a maioria dessas características. Pelo contrário, essa rede é bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste do país.

Outro elemento central na elaboração e implementação de políticas na área de atenção hospitalar é o claro entendimento de que os hospitais não constituem ilhas de excelência, à parte da rede de serviços. É de extrema importância que todas as medidas adotadas considerem os hospitais e a sua inserção na rede. Essas instituições devem ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Vale aqui destacar o papel dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas.

Nesse sentido, tem-se trabalhado considerando as diferentes realidades da rede hospitalar brasileira. O resultado deste esforço tem proporcionado, além do diagnóstico e da análise, a possibilidade de melhor compreensão e caracterização dos problemas e das dificuldades atuais, definindo, assim, as diretrizes para as ações da área e a priorização de segmentos hospitalares estratégicos.

Na busca de novas perspectivas para o setor hospitalar brasileiro, tem-se apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS. São elas a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar.

Neste momento, destaca-se o desafio de promover uma maior inserção dos hospitais no SUS, entendido como um princípio que permite a integração funcional na rede de serviços disponíveis para a população, com ampla participação do gestor local para a discussão das necessidades de saúde, da demanda de serviços e da efetiva condução e controle das ações implementadas em prol do sistema.

Outra questão relevante e que avança na área hospitalar, induzida por políticas específicas do Ministério da Saúde é a da contratualização dos serviços de saúde definida como um mecanismo de planejamento para a organização da gestão local, com definição de metas quanti e qualitativas, e ênfase na relação entre gestores e prestadores na busca de resultados.

Atualmente, são mais de 1.327 hospitais contratualizados por intermédio de ações específicas do Ministério da Saúde, sendo 432 hospitais de pequeno porte, 756 hospitais filantrópicos e 139 hospitais de ensino. Essa nova lógica de relacionamento entre gestores e prestadores tem contribuído para a discussão do novo papel dos hospitais na rede de serviços do SUS integrados e participantes dentro do seu espaço na linha de atenção integral aos usuários do SUS.

Na procura de sistemas de saúde equitativos, solidários e eficientes, surge a necessidade de estruturar a diversidade. Com tal fim, têm sido propostas as atuais políticas na área hospitalar, como forma de organizar estrategicamente segmentos específicos, mas apostando nas redes integradas de atenção à saúde, onde os hospitais, mesmo sendo as estruturas mais complexas do setor Saúde, desempenham e assumem seu papel peculiar.

A rede hospitalar no SUS enfrenta uma nova situação de exercer a prática cooperativa. O centrismo do hospital e a sua departamentalização/fragmentação excessiva devem ceder espaço ao hospital que dê valor ao conjunto da rede de serviços e coopere, eficazmente, com seus usuários (internos e externos) antes e depois da hospitalização. Esta evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos desnecessários.

A necessidade de potencializar a rede de serviços faz com que os hospitais já não se situem na cúspide do sistema sanitário. Debates recentes indicam que os hospitais estão perdendo suas fronteiras tradicionais e mudando sua posição no sistema de saúde. Já não é possível concebê-lo senão como integrante de uma rede de serviços de saúde, um conceito que ganha protagonismo no Brasil com o avanço da atenção primária como porta de entrada e reorientadora de todo o modelo de saúde. Ao formar parte de uma rede de serviços de saúde, o hospital amplia o seu horizonte de atuação, enfrenta as relações mais diversas e persegue um objetivo mais preciso: a efetividade social.

Vivemos um momento em que é preciso em muito avançar na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde através da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e descentralização das ações. De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade.

Assim, a discussão sobre o papel da atenção hospitalar na rede de serviços de saúde ganha concretude ao alinhar a questão hospitalar ao cumprimento de sua missão institucional que é a da efetividade social, onde essas instituições constituintes da rede de serviços do SUS devem disponibilizar e entregar todos os seus processos produtivos às novas exigências epidemiológicas e às crescentes expectativas dos usuários, entendidos neste contexto como a razão maior de todos os esforços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: diretrizes para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Documento preliminar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. [S. l.]: Opas; OMS, 2004.

OMS. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.

2

Dimensão de planificação da Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde

Serafim Barbosa Santos Filho¹



2.1 As ofertas da Política Nacional de Humanização na Linguagem da Planificação

Desde que foi criada, em 2003, a Política Nacional de Humanização/PNH vem se consolidando em vários âmbitos de intervenção, partindo das bases estruturantes previstas em seu marco teórico-político (BRASIL, 2008). Na medida em que foi se expandindo e se aprofundando na abertura de frentes de ação, a PNH passou também a se preocupar com um olhar avaliativo sobre seus processos, daí resultando em importantes investimentos em metodologias e instrumentos de avaliação (SANTOS FILHO, 2006; SANTOS FILHO, 2007; SANTOS FILHO, 2009). Por outro lado, ao mesmo tempo em que se foi “abrindo-aprofundando o olhar avaliativo”, foram surgindo várias questões relacionadas ao modo como a Política tem “apresentado” suas propostas/objetos/ofertas, observando-se que muitas vezes as suas orientações gerais não são bem compreendidas em eixos de objetivos e metas a serem concretizados no âmbito dos serviços de saúde. A experiência de aproximação com diferentes públicos e atores dos sistemas de saúde tem deixado ver as diferentes percepções institucionais que se têm da PNH, não sendo incomum a percepção de uma certa dificuldade em compreender concretamente os princípios e diretrizes da Política. Em algumas situações, há mesmo uma certa dificuldade em se perceber como o marco referencial da Política se traduz (ou pode-se traduzir) em ações e mudanças efetivas nas práticas de cuidado, na realidade dos serviços. Entendemos que essas “dificuldades de compreensão” trazem consequências importantes quanto ao propósito de consolidação da Política (que pressupõe ampliação de alianças e parcerias), gerando muitas dúvidas sobre o seu “sentido” e sua capacidade efetiva de se instituir como intervenções e resultados concretos.

A partir de nossas observações avaliativas e interlocuções mais recentes com serviços e atores comprometidos com a multiplicação e transversalização da Política, consideramos necessário a retomada dos princípios e diretrizes da PNH, canalizando-os em eixos de planificação, isto é, em agrupamentos de metas e indicadores capazes de “traduzir-explicitando” as suas intencionalidades (servindo como um modo-instrumento para facilitar a introdução da Política com os gestores e trabalhadores). De uma maneira mais ampliada, já foi sistematizado um conjunto de matrizes lógicas de indicadores relacionados à PNH, especialmente em um documento denominado “Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” (SANTOS FILHO, 2006). Nosso objetivo agora neste texto é compor matrizes demarcando bem especificamente: (i) quais são as metas de implementação de ações quando os serviços criam uma agenda institucional com a PNH e (ii) quais os âmbitos de mudanças/efeitos que se espera alcançar a partir das intervenções realizadas junto com os coletivos/equipes. Propõe-se assim uma compreensão de como se materializam os processos da/na PNH, com o cuidado de reafirmar que não se intenciona uma previsão abstrata de ações e resultados (abstrato no sentido de pretensas prescrições genéricas para serem

¹Médico Sanitarista, Professor da PUC/MG, pesquisador do NESCON/UFMG e Consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. serafimsantos@terra.com.br

cumpridas), mas também não deixando parecer que se trabalha no “vazio de metas e resultados”. E, sobretudo, chamando a atenção (na ótica do planejamento e gestão) para algumas condições político-institucionais que precisam ser criadas para viabilizar as ações e as mudanças esperadas. A questão central pode então ser formulada da seguinte forma: o que pode a PNH, quais processos e efeitos ela pode trazer/disparar como mudanças efetivas nos serviços/equipes? Julgamos bastante relevante essa discussão no momento atual (no bojo dos processos avaliativos), para pôr em evidência as experiências que vêm sendo desenvolvidas e seus diversos âmbitos de êxitos, demonstrando a capacidade interventiva da Política. Por outro lado, também trazendo à tona os diversos âmbitos de limites na implementação de ações, sempre associados às condições institucionais de sua viabilização.

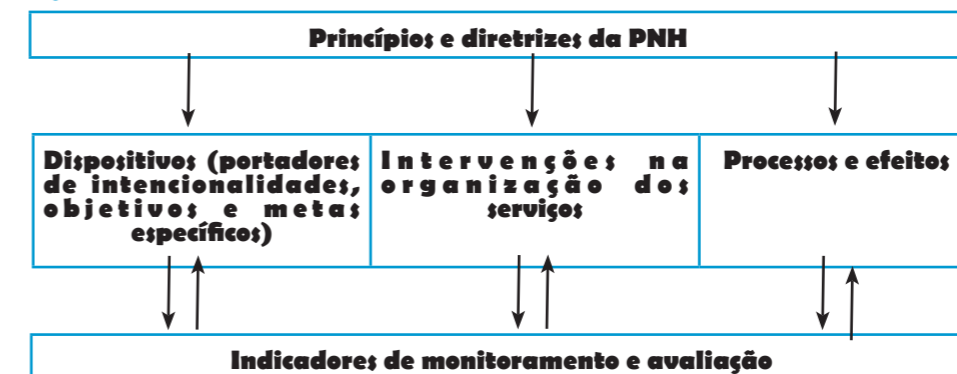
Como a PNH se (retro)alimenta ou se (re)direciona com a própria experimentação que vamos tecendo com os serviços/coletivos, vale ressaltar os sinais que temos recebido de “aprovação” da Política como “ferramenta potente”, quando a enfatizamos na sua dimensão de planificação e de busca de corresponsabilização com a viabilidade do que se planeja.

2.2 Diretrizes da PNH e Planejamento Baseado em Metas

Nos tópicos seguintes sistematizamos, de forma esquemática e operacional, os referenciais da PNH e seus eixos de planificação.

Neste primeiro desenho, ilustramos a articulação dos eixos estruturantes da Política e sua dimensão de planejamento e monitoramento.

Figura 2 – Articulação dos eixos estruturantes da PNH e Planejamento de Ações



Fonte: (SANTOS FILHO, S.B., 2009).

A seguir apresentamos o modelo de matriz utilizada na sistematização das diretrizes e metas (aqui compreendidas como os próprios indicadores), explicando-se as categorias que estamos utilizando nesta matriz-modelo.

Os focos de interesse/intervenções da Política de Humanização englobam: (i) a organização do trabalho (os trabalhadores como protagonistas da prática) e (ii) a prestação de serviços (atenção e respostas aos usuários). É esse contexto que deve direcionar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da Política.

Quadro 1 – Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão.

DIRETRIZES		
Referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão.		
ÂMBITO DE EFEITOS ESPERADOS		
Mudanças refletindo as diretrizes (e os princípios) da PNH.		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
Indicadores representativos dos processos, ações e movimentos disparados; são “meios” estratégicos para disparar e sustentar ações para mudanças; são também produtos de mudanças na organização do trabalho. (traduzem-se como produtos relacionados aos processos)	Indicadores representativos das transformações nas práticas de atenção e de gestão, indicando o que mudou (o que se espera mudar) no processo de trabalho e para os usuários (em suas demandas, em seu atendimento, em sua saúde, satisfação).	Condições consideradas essenciais para induzir e suportar os movimentos de mudanças. São condições que podem ser criadas, coconstruídas, juntamente com os demais movimentos de mudanças, mas devem ser entendidas como posturas político-institucionais essenciais para assegurar ou potencializar condições de viabilidade aos processos de mudanças.

O conjunto de indicadores e pressupostos deve explicitar exatamente o que se espera desenvolver, implantar, alcançar, etc., seguindo-se as diretrizes da PNH.

Os indicadores de implementação de ações assumem relevância especial na PNH, porque não são apenas “produtos intermediários”, mas refletem a especificidade quanto ao “modo de fazer” da Política, modo que opera essencialmente com constituição de espaços estratégicos e de coletivos para assumir e coconduzir (de forma corresponsabilizada) os projetos de mudanças. Este é um âmbito que bem explicita a compreensão de “intervenção” na PNH – “estar/agir no entre” para disparar processos. Explicita também a função de apoio/apoiador, sempre contando com apoiadores da PNH para ajudar na constituição e dinâmica desses coletivos e dos projetos.²

A seguir estão sistematizadas matrizes partindo das diretrizes da PNH e reunindo indicadores que refletem as principais metas a serem objeto de contratualização nos momentos de planejamento e pactuação.³

²Para aprofundar a compreensão das concepções de “apoio institucional” e “intervenção”, ver textos de referência da PNH, disponíveis no site da Rede HumanizaSUS/RHS e em artigos e livros diretamente relacionados aos referenciais teórico-metodológicos da Política.

³Para aprofundar a compreensão das diretrizes e dispositivos da PNH, consultar publicações específicas relacionadas aos conceitos, métodos e análises de experiências implementadas (publicações de referência no site da Rede HumanizaSUS e citadas nas referências bibliográficas). Para aprofundar em indicadores mais detalhados, consultar o documento “Monitoramento e avaliação na PNH: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” (citado nas referências bibliográficas).

2.3 Matriz de Indicadores com Base na Diretriz de Cogestão

Quadro 2 – Matriz de Indicadores: Cogestão

DIRETRIZ: COGESTÃO		
Diretriz afeta à implementação de espaços coletivos/colegiados para análises coletivas, diagnósticos, pactuações e condução de ações para mudanças das práticas de atenção e gestão.		
ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS		
Corresponsabilização; Alteração no padrão de comunicação; Fomento de redes; Protagonismo e Autonomia dos trabalhadores.		
Espaços como dispositivos para a circulação da palavra, e decisão participativa para aumentar o grau de democracia nas organizações, e a capacidade de análise e de intervenção dos trabalhadores.		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
Espaços coletivos e/ou grupos estratégicos constituídos: <ul style="list-style-type: none"> • Unidades funcionais/de produção implementadas a partir de reorganização do organograma institucional; • Colegiados gestores (geral e de unidades funcionais/de produção); • Comitês estratégicos: de acolhimento e classificação de risco, de Saúde e Trabalho, etc.; • Conselhos gestores, incluindo usuários; • Serviços de escuta e ouvidoria (usuários e trabalhadores). Agendas de funcionamento: <ul style="list-style-type: none"> • Planos de trabalho elaborados; • Plano diretor de gestão; • Agenda programada e pactuada institucionalmente (funcionando como rodas); • Agenda de educação permanente. Dispositivos indutores e catalisadores dos processos: <ul style="list-style-type: none"> • Contratos internos de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços colegiados instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.); • Aumento do grau de corresponsabilização, de participação e de autonomia; • Aumento da capacidade de viabilização de ações, de “despachos institucionais”, de construção de alianças, de enfrentamento de problemas; • Aumento da capacidade de acompanhamento de ações; • Ampliação do sentimento de pertencimento institucional (valorização dos trabalhadores); • Viabilização de oportunidades para análise do trabalho (rodas, “incluindo” os problemas, conflitos, etc.); • Aumento do grau de satisfação dos trabalhadores. 	Mudanças na gestão como condição para sustentar outras mudanças. <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade institucional para mudar o “modo de fazer gestão”; • Adesão do gestor (construção concreta de parceria); • Movimentos concretos de enfrentamento de situações, de resistências, de interesses diversificados; • Construção de uma agenda programática: de metas, movimentos, ações, com plano de acompanhamento.

2.4 Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

Quadro 3 – Matriz de Indicadores: Acolhimento, Ambiência e Clínica Ampliada

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E CLÍNICA AMPLIADA		
<p>Reorganização dos processos de trabalho e ambientes institucionais, seguindo-se as perspectivas clínica, ética e política (tecnologia do encontro: vínculo, escuta qualificada e inclusiva, postura na relação/encontro).</p>		
<p>ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS</p>		
<p>Vínculo; Inclusão; Adequação de oferta/respostas conforme gravidade dos casos; Resolubilidade; Indução à formação de equipes multiprofissionais de referência (apropriação e uso articulado de conhecimento, habilidades e instrumentos; codecidindo).</p>		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Comitês constituídos e planos de trabalho pactuados (movimentos locais e em rede); • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Realização de diagnósticos e mapeamento de situações, demandas, fluxos, etc.; • Agenda de capacitações sistemáticas (% de trabalhadores capacitados em temas afins); • Construção coletiva de ferramentas: protocolos (de ACR), manuais (critérios, rotinas, fluxos, informações sobre a rede, etc.); • Projetos de adequação dos ambientes. 	<p>Mudanças no processo e relações de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Novos padrões de organização para qualificação do atendimento: critérios e fluxos (casos priorizados conforme vulnerabilidade, risco); • Vínculo/fluxos instituídos com o sistema de saúde locorregional (rede); • Mudanças na postura dos trabalhadores/equipes (escuta, qualidade da interação); • Configuração de equipes multiprofissionais de referência, atuando com o referencial e instrumentos da clínica ampliada (instrumentos integrados); • Espaços físicos (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência. <p>Ampliação do acesso e grau de resolubilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuais de casos “atendidos”, “solucionados”, “redirecionados”, conforme critérios definidos nos protocolos (redução das filas); • Percentuais de redução dos tempos de espera (conforme protocolo); • Percentuais dos casos atendidos e encaminhados à rede (básica ou outra) com procedimentos marcados a partir do hospital; • Percentual de altas de pacientes de grupos de risco, com encaminhamentos para acompanhamento na rede básica; • Aumento do grau de satisfação dos usuários (avaliações criteriosas). 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão do arranjo organizacional, redefinindo a hierarquia de gestão e de condução de casos;</p> <p>Estratégias de articulação e pactuação em rede.</p>

2.5 Matriz de Indicadores com Base nas Diretrizes de Direito a Acompanhante e Visita Aberta

Quadro 4 – Matriz de Indicadores: Direito a Acompanhante e Visita Aberta

DIRETRIZ: DIREITO A ACOMPANHANTE E VISITA ABERTA		
<p>Reorganização do serviço para atender ao direito do paciente internado de ter junto de si a sua rede familiar e social (perspectivas clínica, ética e política: vínculo, participação e controle social).</p>		
<p>ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS</p>		
<p>Repercussões quanto ao conforto do paciente, da família; repercussões nas condições de recuperação; controle social; momento de aprendizagem da família para cuidados básicos; contribuição no ganho de autonomia do paciente e acompanhante; indução à consolidação de equipes multiprofissionais de referência.</p>		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Comitês constituídos e planos de intervenção pactuados; • Projetos de adequação dos ambientes e mobiliário; • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Projetos e instrumentos desenvolvidos para facilitar a comunicação e informação sobre serviços e direitos dos usuários (informações visuais sobre funcionamento dos serviços, crachás, placas de identificação nos leitos, cartilhas, boletins, documentos-guia sobre os direitos e normas do serviço); • Ouvidoria ou serviços estruturados para escuta e avaliação dos usuários e acompanhantes; • Pesquisas de opinião sobre a proposta de acompanhantes na internação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital funcionando com direito a acompanhante e com visita aberta (normas institucionalizadas); • Espaços físicos e mobiliário (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência; • Equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes (disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.); • Escalas de atribuições e horários pactuados com profissionais/equipes para interlocução com pacientes e acompanhantes; • Material informativo disponibilizado regularmente em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes; • Aumento do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes (avaliações criteriosas) • Avaliações envolvendo equipes e estagiários do hospital, produzindo indicadores sobre os efeitos do hospital com acompanhante, na perspectiva ético-clínico-pedagógica; • Avaliações estabelecendo correlações com redução dos tempos de permanência de internação. 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão da concepção de organização e funcionamento do hospital;</p> <p>Estratégias de sensibilização e pactuação com as categorias profissionais, conduzindo a discussão na perspectiva de equipe.</p>

2.6 Sobre a Diretriz de Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

A diretriz de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde incorpora as outras diretrizes e se amplia em diferentes sentidos, demarcados de forma mais aberta na matriz que se segue.

Salientamos que essa diretriz deve permear ou transversalizar-se a todos os esforços institucionais que estejam sendo pensados para interferir na chamada precarização do trabalho atual em saúde. Por precarização compreendem-se desde as situações de instabilidade na forma de contratação e vínculos trabalhistas até as inadequações das condições de trabalho e dos modelos de gestão autoritários ou pouco participativos. A experiência de contato com os serviços, bem como estudos atuais no campo da saúde e trabalho, revelam um amplo conjunto de marcadores das precárias condições de emprego, trabalho e saúde (e suas consequências em indicadores de adoecimento, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, desmotivação, insatisfação e sofrimento), não sendo possível que esse “tema” fique de fora das discussões locais (a ser tratado como pauta de gestão). Também são as experiências concretas que têm mostrado que, ao se tentar deixar de fora a discussão dessas questões, perde-se a oportunidade de contar com o “potencial de disponibilidade” dos trabalhadores, fragilizando ou inviabilizando movimentos de aliança para mudanças.

Quadro 5 – Matriz de Indicadores – Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde

DIRETRIZ: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE		
Constituição de espaços/oportunidades sistemáticas para análises coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização com as avaliações e também com as propostas que sejam deliberadas como viáveis.		
ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS		
Corresponsabilização; ampliação do grau de comunicação entre sujeitos/equipes/gestores; protagonismo e autonomia dos trabalhadores (levando em conta os diferentes fatores intervenientes nas relações estabelecidas com o processo produtivo).		
Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Reafirmação de dispositivos de cogestão, com participação efetiva dos trabalhadores. Exemplos: mesas locais de negociação permanente; instâncias locais de análises e intervenções (CIPAs e outros tipos de comissões de saúde); 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços coletivos instituídos e com funcionamento sistemático, efetivo (agenda regular, pautas, metas, etc.); 	Enfatiza-se especialmente a disponibilidade de gestores e trabalhadores para construir viabilidade para mudança do modelo institucional de gestão, afirmando a cogestão como princípio ético, estético e político.

continua..

...continuação

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Pautas sistemáticas de análise das condições de trabalho, sistematizando indicadores locais ilustrativos dos ambientes e “cargas/risco de trabalho”, perfil de morbidade dos trabalhadores, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, discutindo suas causas e fomentando intervenções; • Pautas específicas de discussão sobre avaliações de desempenho, não apenas reproduzindo a lógica restrita de produtividade, mas comendo com os trabalhadores metas, critérios e parâmetros que atendam ao triplice interesse institucional (usuários, gestores e trabalhadores); • Pautas específicas para discussão de diferentes tipos de incentivos que possam ser negociados e atrelados aos resultados coletivos do trabalho; • Planos de qualificação (educação permanente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações com enfoques em indicadores que demonstrem alterações quanto à horizontalização das relações, (re)distribuição de poder intrainstitucional, capacidade de promover pertencimento, grau de satisfação, redução dos casos indicativos de sofrimento e afastamentos devido às condições de trabalho (e indicadores afins). 	

2.7 Planejamento e Acompanhamento Avaliativo na Lógica de Contratos de Gestão

Os contratos internos de gestão são compreendidos como dispositivos no contexto da cogestão e na perspectiva da humanização como intervenção nas práticas de atenção e gestão em saúde. Devem ser entendidos como campo de negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades, em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde. Campos (2006) reafirma o conceito de contrato social no sentido de “estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado”. Considera que nessa perspectiva o contrato significa ou aponta para uma formação de compromisso entre sujeitos.

Algumas experiências analisadas atestam o potencial dos contratos de gestão em sua capacidade de promover mudanças institucionais (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). O próprio ato de implementação dos contratos induz transformação nas relações de

trabalho, promovendo corresponsabilização entre os sujeitos/equipes, com valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção. Podem assim ser considerados dispositivos/instrumentos potentes para a pactuação de metas e avaliações participativas, produzindo efeitos na organização e relações de trabalho e aumentando a eficiência e a eficácia institucional.

2.8 Desafios para Incorporação da PNH na Pauta da Gestão dos Serviços

A PNH pode ser compreendida como um conjunto de princípios e instrumentos que pretendem influir na qualidade dos serviços de saúde. Por essa via de compreensão, pode não somente interferir em padrões de qualidade, como também estimular a discussão sobre a concepção de qualidade. Nessa direção, a qualidade precisa englobar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características/condições da prestação de serviços e dos produtos oferecidos à população (para resultar em serviços resolutivos, úteis, conforme as necessidades dos usuários – Santos Filho, 2009).

Esses âmbitos de qualidade remetem-se ao que se compreende na PNH como âmbitos inseparáveis de gestão e atenção em saúde. São, portanto, objetos/pautas que precisam ser assumidas pelas equipes gestoras, em aliança com os usuários e trabalhadores (estes também sempre gestores de seu fazer cotidiano), para propiciar mudanças no trabalho. Nessa perspectiva a PNH age/intervém buscando fomentar essas alianças, fortalecendo as relações, no referencial da tríplice inclusão: dos trabalhadores, gestores e usuários.

Para “atrair” o interesse desses atores é necessário que a PNH se apresente e se institua em uma dimensão de planificação (incluindo acompanhamento avaliativo), explicitando objetivos e metas afinadas com os múltiplos interesses institucionais. Considerar “múltiplos interesses” significa compreender que usuários e trabalhadores/gestores ocupam o mesmo âmbito de importância (como protagonistas) na organização do serviço (no processo de produção de saúde), tornando-se estratégica a postura de escuta atenta e respeitosa desses atores, promovendo e fortalecendo sua inclusão/participação.

Consideramos que o ato de escuta, planejamento, execução e avaliação de ações/processos deve constituir um movimento inseparável, sempre com o caráter de avaliar coletivamente para produzir sinais indicativos dos rumos que precisam ser redirecionados. E consideramos que a indução desse movimento, ou da articulação desse movimento, é uma atribuição essencial da PNH (como “intervenção nos modos de fazer”) e entendemos que é esse exercício que pode ajudar na consolidação da Política no cotidiano de trabalho.

Ao se planejar a incorporação da PNH ao âmbito dos serviços, deve-se atentar para a articulação de metas que reflitam esses movimentos estratégicos e os efeitos que se esperam deles. Assim, demarca-se a racionalidade de potenciais resultados da Política, seguindo-se fielmente seus eixos referenciais sustentados pelas perspectivas ética, estética e política.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 13, supl.I, p. 615-26, 2009.

3

**Pistas metodológicas
para se avançar
na humanização
dos hospitais no Brasil**

Dário Frederico Pasche¹



Resumo

O artigo tem por objetivo indicar orientações gerais para a produção de mudanças nos hospitais da rede SUS, tomando por referência a Política Nacional de Humanização (PNH), notadamente seu Método da Tríplice Inclusão. Sem desconhecer o peso e a força de desafios macropolíticos, como o insuficiente e inadequado financiamento dos hospitais, o artigo parte da necessidade de se superar a tradicional estrutura organizacional dos hospitais, a qual produz relações de poder muito desiguais e assimétricas, que repercutem na qualidade da assistência e na dinâmica da organização do trabalho. Nessa direção, são apresentadas quatro pistas metodológicas, as quais apontam para uma ação no contexto hospitalar na busca da construção de experiências inovadoras que assegurem maior estabilidade às mudanças, acionando processos coletivos e participativos, como sugere o método da Política de Humanização.

Palavras-chave:

Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; Método da Tríplice Inclusão; Administração Hospitalar; Assistência hospitalar.

3.1 Introdução

Este artigo apresenta algumas linhas gerais para a produção de mudanças nos hospitais brasileiros, considerando ofertas e orientações da Política Nacional de Humanização (PNH), bem como algumas reflexões e proposições inovadoras destacadas na literatura nacional. Nesta perspectiva, serão apresentadas algumas pistas metodológicas para o enfrentamento de problemas como a perda de eficácia das práticas de cuidado e a insatisfação dos trabalhadores da saúde, os quais emergem em grande parte da estrutura organizativa dos hospitais, produzindo relações de trabalho e de poder assimétricas que desfavorecem o trabalho em equipe e a inclusão de usuários nos processos de cuidado de si. Os hospitais são estruturas hipercomplexas e, além de adotarem modos de organização tradicional, com gestão verticalizada e pouco participativa, têm sido fortemente influenciados pela existência de problemas e desafios macropolíticos, notadamente a questão do financiamento, fazendo emergir a questão da sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais na rede SUS. O artigo não se deteve a essa questão, por se compreender que a experimentação de novos modos de organização que favoreçam a produção de consensos mais coletivos e plurais se, por um lado, pode ser favorecida por um aporte mais adequado de recursos, não depende, de outro lado, necessariamente da superação deste desafio para se tornar realidade.

As pistas metodológicas aqui apontadas, longe de se mostrarem recomendações ou prescrições, indicam uma direção para os processos de mudança nos hospitais do SUS, apresentando-se como um caminho, uma aposta com forte sentido ético-político, uma vez que tomam por pressuposto a necessidade da produção de mudanças com envolvimento e participação efetiva das pessoas, com as quais se busca produzir novos modos de gerir e cuidar e, ao mesmo tempo, realizar reposicionamentos subjetivos nos próprios sujeitos. A efetividade e sustentabilidade dos processos de mudanças dependem muito deste movimento, sem o qual as experiências mudancistas passam a depender de uma elite vanguardista, que uma vez afastada da gestão assistirá, à distância, a captura da experiência pelas forças retrógradas que buscou superar.

3.2 Política de Humanização: novo modo de fazer gestão e cuidado em saúde

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da humanização explicitados nos princípios, diretrizes e métodos da PNH (BRASIL, 2007), os quais sustentam a experimentação de dispositivos, mecanismos concretos de mudança (ESCÓSSIA, 2009).

¹ Enfermeiro, sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Ex coordenador da PNH e Diretor do DAPES – MS. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: diario.pasche@saude.gov.br

O tema da humanização foi apontado como um dos desafios para o SUS na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2001). A emergência deste tema na pauta e agenda do SUS trouxe um novo desafio-problema: qual sentido de humanização sustentaria a renovação de práticas de gestão e de cuidado? E nesta direção, quais práticas poderiam ser apontadas como humanizadas? Assim, um primeiro desafio para a questão da humanização na saúde foi constituir um sentido para que ela pudesse ao mesmo tempo ser um qualificativo de práticas renovadas e uma direção ético-política para se promover um movimento no sistema de saúde que indicasse certo modo de lidar com os desafios e problemas que ainda persistem no SUS e de se promover as mudanças necessárias.

Benevides e Passos (2005) foram pioneiros na colocação desta problemática e apontavam para a necessidade da PNH, como política pública, realizar um duplo movimento: conceitual e metodológico, explicitando-se os fundamentos desta política e seus modos de fazer que indicassem caminhos para a construção de novas práticas de gestão e de cuidado, pois um dos riscos apontados à época era fazer permanecer a humanização como recurso discursivo, sem a indicação clara de práticas de humanização.

Fazia-se necessário, então, sair do conceito-sintoma para se tomar e lidar com aquilo que produz os problemas apontados tanto no campo da gestão como no do cuidado. Esta foi, desde sempre, a tarefa com que se incumbiu a PNH. E ela já é indicativa de uma profunda inflexão àquilo que mormente se atribui à humanização, em geral associada a atitudes e sentimentos de benevolência, cordialidade, hospitalidade e interação harmoniosa entre sujeitos. Logo, o oposto disto seria imediatamente identificado como desumanização. Permanecer nesta posição (identificação e enfrentamentos de sintomas de práticas de gestão e cuidado degradadas) significaria sustentar movimentos político-institucionais que não colocariam em questão os modos de organização e de gestão dos serviços de saúde e, por consequência, os modos de organização do trabalho, os objetos da Política Nacional de Humanização.

Assim, quando no SUS se tomou a tarefa de humanizar as práticas de gestão e de cuidado pela PNH, não foi para combater práticas adjetivadas de desumanas, mas para afirmar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor que afirma uma nova ética: a de colocar em primeiro plano na gestão do trabalho e no cuidado em saúde as pessoas, que implica em reconhecer seus diferentes interesses, desejos e necessidades e incluí-los nos processos de diálogo, negociação e construção de corresponsabilidade. Sujeitos que em relações mais democráticas, sejam mais capazes – esta é uma importante aposta – de compor planos comuns a partir de processos de negociação regidos pelo diálogo, então recurso para se pôr em evidência o interesse público nas práticas de saúde.

Assim, toda dificuldade que o tema da humanização coloca para as práticas de saúde, a

partir da PNH, é do **como fazer**: como produzir as mudanças necessárias para qualificar as práticas de saúde, segundo os princípios e o método da PNH? Pode-se perceber que a pergunta não interroga sobre o que fazer, nem mesmo indica onde se deve chegar. Parte do como fazer. Esse é um desvio que produzirá na PNH sua mais importante contribuição para o SUS: humanização é um modo de fazer. E qual seria este modo de fazer?

A Política Nacional de Humanização tem sido construída seguindo princípios metodológicos, que são a própria expressão de um método, que tem sido apresentado como inclusivo. Método da Tríplice Inclusão: inclusão dos sujeitos, dos coletivos e da perturbação que estas inclusões produzem nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas. E essa última inclusão se apresenta como a mais importante do ponto de vista ético: inclusão da diferença, suportando-a e, ao mesmo tempo, tomando-a como principal força-motor da produção de mudanças, que em última instância, são nas atitudes e comportamentos das pessoas.

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação da pluralidade do humano na vida social. Incluir o que não sou eu, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. Assim, pode-se perceber que a inclusão produz movimentos ambíguos, os quais precisam ser suportados e sustentados por práticas de gestão que tolerem o convívio da diferença.

O principal efeito da inclusão é, então, produzir perturbação e estranhamento nas práticas cotidianas de trabalho, pois é daí que nascem movimentos que fomentam mudanças, pois elas tendem a desestabilizar o que está dado. Tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas das práticas de vida dos sujeitos que se singularizam nesta relação, é o método da PNH.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita, todavia, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. E quais seriam estes pressupostos? Aqueles construídos e ratificados no processo de construção do SUS, como o direito à saúde, a universalidade e a equidade do acesso, a integralidade e a participação cidadã, bem como aquilo que a sociedade brasileira ao longo da história tem construído como a base de sua ação social, como os valores da solidariedade, da cooperação, da justiça e da não discriminação. A PNH, por sua vez, toma algumas diretrizes para orientar os processos de humanização das práticas de cuidado e de gestão da PNH, que informam o sentido da inclusão. Entre estas estão o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a valorização dos trabalhadores, a defesa dos direitos dos usuários e o fomento a redes sociais de produção de saúde.

Incluir o outro, todavia, não é um exercício passivo, requerendo postura crítica daquilo que se traz para o encontro. Isso implica em assumir a posição de que toda relação produz tensões, as quais acolhidas e processadas definem o que será formado como compromisso e contratado como tarefa, portanto o que será aceito como legítimo.

Nessa perspectiva, o método da inclusão não propõe aderência ingênua àquilo que o outro traz desde sua experiência singular, mas em uma atitude generosa de acolher estas manifestações para, imediatamente, confrontá-las com a multiplicidade das percepções, compreensões e afetos que se compõem pela presença do outro, do coletivo. E isso pressupõe a construção e substantivação de espaços coletivos que devem ser presididos pelo exercício dialógico, que sustenta processos de negociação, de composição de contratos, considerando orientações éticas, no caso, aquilo que é desejável como cuidado em saúde.

Humanizar as práticas de saúde permite aos sujeitos a experimentação de outras perspectivas de construção de sua existência, mais em lateralidade, em relação interativa com os outros, forjando a emergência de subjetividades mais multirreferenciadas (PASCHE, 2005) e de novas atitudes que favoreçam a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, ou seja, da produção de novos sujeitos.

Dessa forma, a qualificação do atendimento e a democratização das relações de trabalho – os feitos da PNH – decorreriam de processos sistemáticos de discussão das relações que têm sido construídas no processo de cuidado/atenção, os quais sustentam determinadas atitudes e comportamentos na relação usuário/rede social com trabalhador/equipe de saúde, e também na relação entre trabalhadores e gestores. Pôr em análise as relações que se estabelecem entre os sujeitos, suas atitudes e as práticas sociais que daí decorrem se apresenta como um poderoso recurso metodológico cujo efeito – mais uma aposta da PNH – é o reposicionamento subjetivo dos sujeitos, que de forma mais coletiva reconstroem relações de poder, afeto e saber.

Este reposicionamento – tarefa sempre inconclusa – ao mesmo tempo em que depende da capacidade das organizações de saúde de experimentar espaços coletivos (CAMPOS, 2000), ethos privilegiado do exercício do método da inclusão, promove uma mudança cultural na organização, que passa a tomar como inerente a seu modo de ação o exercício compartilhado da análise e tomada de decisão em espaços coletivos.

3.3 Uma observação nada animadora: os hospitais são organizações complexas e bastante resistentes às mudanças – mas mudam: eis a notícia alvissareira

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças (CAMPOS, 2008). Logo, mexer em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, é uma tarefa que exige preparação e acompanhamento avaliativo (SANTOS-FILHO, 2009)

A estrutura organizativa e a tradição gerencial dos hospitais brasileiros os têm tornado organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras (CAMPOS; ARAÚJO; RATES, 2008). Estas características têm sido apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores, e também dos usuários.

A estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura interna de poder tem sido marcada pelo excessivo poder técnico-burocrático, em geral colonizado pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho. Isso tem produzido relações de trabalho bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, considerando a posição que se ocupa na estrutura organizativa do trabalho.

Assim, o hospital produz e convive com relações de poder que conformam uma realidade paradoxal, pois enquanto alguns são bem remunerados, outros nem tanto; para alguns os espaços de autonomia e liberdade são amplos, para outros – maioria – a força do poder administrativo e seus instrumentos de controle e submissão são a principal forma de interação com a organização.

Não bastasse isto, a relação com os usuários/pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela pouca participação destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e mesmo aos profissionais, sobretudo médicos.

Outra característica importante dos hospitais no Brasil é sua grande liberdade e autonomia de inserção nas redes/sistemas locais/regionais de saúde, não sendo infrequentes movimentos

de resistência a processos de definição de corresponsabilidades nos territórios sanitários. Nesta direção, não tem sido incomum no Brasil hospitais exercerem funções tipicamente gestoras, definindo clientela, modos de financiamento e ação no sistema de saúde e sua rede de serviços.

Diante dessa complexa situação, as perspectivas de mudança nos hospitais impõem a necessidade de se produzir planos de intervenção que incidam sobre os elementos que decisivamente interferem na produção de seus principais problemas. Ou seja, é necessário o enfrentamento daquelas questões que efetivamente originam os problemas, notadamente sua arquitetura organizacional e seus arranjos de trabalho, que informam a sistemática de definição de quem faz o que, para que e quem, e sob quais condições.

Antes de se entrar nesta discussão é necessário dizer que algumas questões macropolíticas, como o financiamento dos hospitais, não foram ainda totalmente resolvidas no SUS. E isso exigirá, doravante, atenção especial de gestores e formuladores, pois a inversão do modelo de atenção à saúde exige o reposicionamento da função e lugar dos hospitais na rede, processo já em curso no Brasil. Nesse sentido, é fundamental que os hospitais tenham uma política adequada de financiamento a qual necessita superar a lógica ainda hegemônica de compra de serviços sem contratualização e baixa regulação. Essas questões, embora importantes, não serão tratadas de forma direta nas reflexões que seguem.

Gastão Campos, no final dos anos 1990, publica um importante artigo: O anti-Taylor (CAMPOS, 1998), que estabelece um importante mote para a problematização da gestão nas instituições de saúde, sobretudo os hospitais, propondo a combinação entre um novo método de governar e uma nova geometria para as organizações de saúde. Democracia institucional, produção de sujeitos mais livres e comprometidos, acionados e fazendo funcionar um dispositivo original: a roda. A partir de então, temas como a gestão compartilhada do trabalho, a reconstrução da clínica, ampliação dos vínculos terapêuticos e da responsabilização, entre outros, são tratados de forma inédita, questões que o autor desenvolve na sequência em vários textos, conteúdos que se encontram de forma articulada no livro Método da Roda (CAMPOS, 2000).

O contexto destas formulações incluía-se naquilo que Gastão Campos havia anunciado como a reforma da reforma (CAMPOS, 1992). Que reforma seria esta e quais as suas direções? Buscar articular os serviços de saúde em rede sob a ótica da gestão pública; recriar/reinventar os serviços de saúde, democratizando-os e permitindo a expressão dos interesses e necessidades de trabalhadores e usuários, de tal forma que fosse possível tornar as organizações de saúde ao mesmo tempo produtoras de valor de uso (de serviços com utilidade para a sociedade) e se constituírem em espaços privilegiados de produção de novos sujeitos. Lançava a discussão, nesta via, sobre as finalidades das organizações, que

não se restringiam, como se advogava predominantemente, à produção de serviços e bens, incluindo entre seus fins a produção de sujeitos.

As organizações de saúde passam a ser compreendidas, desta forma, também como máquinas de produção subjetiva (GUATARRI; ROLNIK, 2000), ou seja, exercem função ontogenética: produzem gente. Isto faz compreender que determinados modos de gestão incidem diretamente na conformação de processos de subjetivação. Nesta perspectiva, uma gestão mais democrática das organizações, que desafia os sujeitos à criação e ao uso de recursos dialógicos para a produção do comum, mais flexíveis à composição entre distintos interesses e necessidades, entre outros, tendem também a produzir sujeitos mais livres e autônomos, efeitos que se estendem para além do local de trabalho, interferindo, então, nas demais esferas da vida, incidindo sobre o conjunto das relações socioafetivas dos sujeitos.

Assim, as mudanças na gestão nas organizações de saúde não seriam motivadas apenas para 'conformar' sujeitos mais aptos e eficazes à produção de bens e serviços, mas também por orientação ético-política: a gestão pode ser espaço importante para a produção de novos sujeitos, mais livres, mais criativos, mais solidários, mais capazes de se deslocarem de interesses imediatos, portanto mais capazes de suportar a existência em contextos mais heterogêneos, onde a expressão do humano como força social e política é mais diversa. A gestão teria, nesta direção, a capacidade de produzir sujeitos melhores.

3.4 Humanizar os hospitais: algumas pistas desde a Política de Humanização

A problematização dos modos de organização dos serviços de saúde, dos hospitais em particular, sobretudo pelos efeitos negativos que produzem nos sujeitos e nas práticas de cuidado, tem propiciado a emergência de novas concepções sobre a gestão em saúde, que passa a ser compreendida como um campo de experimentação de novos processos de comunicação e de interação entre sujeitos, ampliando sua lateralidade na direção da construção de um plano comum de ação. Esse movimento tem favorecido a produção de uma série de inovações em toda a rede SUS como a introdução de mudanças da arquitetura dos serviços de saúde e a reorganização de seus processos de trabalho.

Essas experiências, diversas e heterogêneas por certo, reúnem um conjunto de pressupostos teóricos e metodológicos, os quais podem ser compreendidos como princípios e diretrizes para uma gestão inovadora dos hospitais. Entre esses, tem ganhado destaque:

- A inclusão das finalidades da instituição e/ou do setor/área (seus objetivos finalísticos que legitimam e justificam sua existência) nos processos de

reorganização do trabalho dos profissionais e equipes, ampliando a construção de sentido às práticas de saúde (afinal, se trabalha para quê?);

- A gestão compartilhada do trabalho envolvendo todos os sujeitos que compartilham situações singulares de trabalho, o que favorece a recriação dos processos de gestão do trabalho a partir de definições mais coletivas sobre os modos de fazer e de organizar o trabalho;
- A horizontalização da estrutura organizacional e, conseqüentemente, das relações de poder (tendência de “achatamento” das organizações), e o acionamento da função de matriciamento especializado como garantia de acesso aos trabalhadores das unidades/setores de referências técnicas;
- O entendimento de que todo trabalho em saúde se sustenta em determinados modos de conversação (TEIXEIRA, 2003) e interação (PEDUZZI, 2001; 2007), que reafirmam ou retificam modos de comunicação mais ou menos potentes para a produção de trabalho em equipe;
- A compreensão de que as organizações de saúde conformam realidades hipercomplexas, produtoras de uma grande variabilidade de conexões internas invisíveis e muitas vezes opacificadas, o que pressupõe a necessidade de construção de linhas dialógicas e espaços coletivos para a produção de consensos internos;
- Tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas;
- Acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos em relação como requisito e insumo para a composição de projetos terapêuticos (não reduzir os sujeitos à sua dimensão biológica, nem tampouco infantilizá-los com atitudes piedosas e não acionadoras de sua potência renormalizadora da vida);
- Compreender que a produção de saúde se afirma como um projeto de produção e ampliação da autonomia com o outro (usuário, família, comunidade);
- Compreender que o cuidado em saúde é sempre singular e sua capacidade de produzir e qualificar a vida decorre da qualidade dos encontros entre os sujeitos.

Essas compreensões têm orientado uma vasta gama de experiências na rede SUS, permitindo a emergência de novas relações sociais no trabalho, mais afirmativas do

cuidado digno e de qualidade, valorizando o conjunto das profissões que compõem o campo da saúde.

Na perspectiva da Política de Humanização, a reorganização da arquitetura das organizações de saúde e o reordenamento dos processos de trabalho e da ação dos hospitais na rede SUS deveriam decorrer desde a ativação e experimentação de processos coletivos, favorecendo a emergência de novos sujeitos capazes de sustentar um conjunto de valores ético-políticos, os quais tomam concretude na forma de novas práticas de cuidado.

Essa compreensão permite inferir que os problemas apontados como ‘desumanização’ dos e nos hospitais têm estreita relação com as formas de organização e de gestão dos processos de trabalho, o que impõe a necessária tarefa de alterá-los. Nesta mesma direção, advoga-se que as mudanças que se apontam como necessárias nos hospitais serão mais efetivas e mais resolutivas se forem capazes de alterar a lógica da organização do poder nas organizações.

Estas questões apontam para a necessidade de se produzir mudanças na gestão e modos de se organizar o trabalho nos hospitais, alterando-se tanto sua dinâmica interna de funcionamento, como sua relação com os demais serviços da rede de saúde.

Tomando a humanização da saúde como referência para estas mudanças, algumas pistas metodológicas podem ser apontadas na definição de estratégias para enfrentamento dos desafios da gestão hospitalar. Essas pistas se desdobram em quatro grandes linhas de intervenção e como indicativo metodológico para a ação não podem ser tomadas como suficientes e independentes de outras linhas de ação, a exemplo da gestão de custos, a adoção de programas de racionalização do uso de insumos, entre outros.

Todavia, considerando o marco ético-político da Política de Humanização, o que se aponta a seguir são orientações ético-políticas para a implementação de processos de mudança, pois afirmam (1) certo modo de se produzir mudanças, que aciona a lógica inclusiva e coletiva, portanto participativa e emancipatória e (2) consideram que a obtenção de objetivos e metas institucionais é indissociável da produção de novos modos de subjetivação.

3.5 Quatro pistas metodológicas para a humanização dos hospitais da rede SUS

3.5.1 Primeira pista: ampliar a experiência democrática na gestão dos hospitais

Esta primeira linha de mudança aponta como perspectiva utópica a organização dos hospitais como redes de conversação que incluem o conjunto de seus operadores, fazendo do hospital uma grande Ágora, uma grande arena, onde trabalhadores, gestores e usuários discutem, analisam e decidem, considerando as pluralidades de seus interesses e necessidades sociais.

Para tanto, é necessário enfrentar a estrutura e a lógica de organização dos hospitais, sabidamente vertical e piramidal. Horizontalizar as estruturas hospitalares, com dissolução/diminuição do peso e incidência das estruturas político-administrativas que segregam e distanciam a gestão do cuidado, tem sido apontada como importante alternativa nessa direção (CAMPOS, 1998; 2000). Em outras palavras: achatar o organograma do hospital, aproximando a experiência de gestão aos espaços reais do cuidado, onde os processos de assistência e cuidado ocorrem.

Essa direção visa enfrentar uma forma típica de organização dos hospitais que tendem a definir os processos de organização do trabalho em instâncias meio, a exemplo do corpo clínico ou chefia de enfermagem, deslocando dos espaços reais de trabalho (as unidades de serviço) a responsabilidade pela definição de quem faz o que, para que e quem e sob quais condições.

Um dos efeitos dessa forma tradicional de organização é a baixa capacidade dos trabalhadores das diferentes profissões de compartilhar e produzir um campo comum a partir de suas distintas competências, responsabilidades e tarefas. Isso porque em geral o trabalho em instituições piramidais é normatizado pela interação instrumental entre seus agentes (PEDUZZI, 2007), o que conforma relações de trabalho desde um agir competente que se aferra a padronizações e normalizações definidas alhures. Isso por sua vez, ratifica relações de poder bastante desiguais no campo do cuidado, cuja lógica acaba por produzir relações de subordinação bastante evidentes.

Na mesma direção, uma mudança importante na organização do trabalho pode ocorrer pela organização de Unidades de Produção – UP (CAMPOS, 1998). Unidades de produção articulam processos de trabalho em equipes, que são organizadas pela junção em funções e atividades, considerando determinados objetos de trabalho e os objetivos comuns como, por exemplo, uma unidade de pediatria, a porta de emergência do hospital e assim por diante. Desde essas UPs se constroem dinâmicas de cogestão, acionando-se processos de (1) compartilhamento de responsabilidades no trabalho, as quais são (2) estabelecidas por processos coletivos de análises (da instituição, dos objetos de trabalho...) e tomada de

decisão. O produto desse exercício coletivo comparece em espaços de gestão que reúnem as demais UPs do hospital levados por seus coordenadores que assumem assim tanto (a) o papel de agenciador e articulador da equipe de trabalho, como (b) de gestor do hospital, pois participam de processo de tomada de decisões da instituição.

Unidades de Produção são uma das formas de exercício da gestão do trabalho, através do acionamento de espaços coletivos, que são situações provocadas (podendo ganhar maior ou menor formalização nas instituições de saúde) para a produção de encontros entre as pessoas, nos quais são produzidos acordos e contratos mais compartilhados sobre os modos de funcionamento das equipes e a organização de suas ofertas assistenciais e de cuidado, as quais compõem planos de ação, acompanhados e avaliados desde indicadores consensuados em contratos de gestão, entre outros.

Uma maior experimentação coletiva na organização do trabalho favorece tanto os trabalhadores que podem produzir, nessa dinâmica, determinados modos de compartilhamento dos encargos sanitários derivados da ação profissional e inserção institucional, como para os usuários, uma vez que um modo mais coletivo de organização do trabalho reflete em processos mais qualificados de diálogo e troca com os profissionais, favorecendo o acolhimento das necessidades dos usuários e sua rede sociofamiliar e a definição mais clara de corresponsabilidades com os profissionais e as equipes.

3.5.2 Segunda pista: ampliar a experimentação de ação clínica mais compartilhada e corresponsabilizada entre os trabalhadores que se encontram em situação de trabalho.

O trabalho em saúde depende, sempre, de trabalho coletivo, em geral da ação de equipes de saúde. Todavia, a organização dos processos de trabalho no hospital obedece e guarda coerência à sua própria lógica de funcionamento, sendo por ela determinados em grande medida. Assim, se a lógica que preside a instituição é a hierarquização piramidal, com segmentação do trabalho por corporações e/ou setor de atendimento, o trabalho será muito provavelmente regulado por relações também hierárquicas, com predominância de interações dialógicas fracas e baseadas na comunicação instrumental, compartilhamento burocrático de responsabilidades entre os profissionais, o que impõe, quando muito, uma ação de equipe multiprofissional. Esse arranjo de trabalho faz com que muito embora os trabalhadores coabitem o mesmo espaço de atuação e até compreendam a natureza interdependente de suas atividades, suas tarefas não necessariamente corresponderão à ação interdisciplinar, a qual pressupõe padrões de troca, interação e comunicação na direção da produção de ação comum, ultrapassando aquilo que está estabelecido antes da experiência concreta de trabalho.

Nessa perspectiva, é bem provável também que o ordenamento e disciplinamento do trabalho ocorram desde o poder/saber médico, que tradicionalmente subordina os demais trabalhadores e profissões. Dessa forma, o trabalho médico tende a presidir toda a organização institucional – inclusive colonizando a alta direção –, ganhando papel de destaque e tornando-se, do ponto de vista simbólico, a atividade mais importante e relevante.

Essa forma de organização do trabalho impõe limites importantes à ação em equipe. Melhor dizendo, conforma uma ação em equipe cujas características se aproximam muito daquilo que Marina Peduzzi (2007) chamou de equipe agrupamento, onde predomina a justaposição das ações, portanto com baixa conectividade entre as distintas atividades, pois o padrão de comunicação é restrito e se baseia em relações pessoais alicerçadas no sentimento de amizade e camaradagem.

O trabalho em equipe é um requisito fundamental para a efetividade das práticas de saúde porque, entre outros, o adoecimento e os agravos são fenômenos hipercomplexos e a ampliação da eficácia das práticas de saúde tende a ser proporcional à capacidade de se promover olhares múltiplos sobre o caso, ou seja, depende da articulação e coordenação de um conjunto de ofertas tecnológicas que se apresentam desde os distintos territórios de saberes e práticas de saúde presentes no cotidiano do trabalho.

Nessa perspectiva, não há, necessariamente, uma profissão ou território de saber/poder que tome, a priori, maior importância que outro, sendo necessário o acionamento de modalidade de trabalho grupal que ative mecanismos de agenciamento que permitam a construção de novas modalidades, comunicação e integração favorecendo a produção de plano comum de ação. E o comum se reconhece na experiência, indicando que a construção concreta do trabalho em equipe decorre dessa experimentação, “acompanhando as práticas efetivas, criando comunidade pelo efeito da partilha e do pertencimento. É comum o que está instanciado na experiência a partir do pertencimento de cada um ao coletivo” (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

Assim, para que o trabalho em equipe aconteça se faz imprescindível a construção de outro marco lógico para a regulação do trabalho, favorecendo a ação interdisciplinar, acionadora de maior cooperação e corresponsabilização coletiva.

O trabalho em equipe, além de não ser espontâneo, não ocorre de forma generalizada na organização. Se não alçar lugar de diretriz de gestão não encontra, na justaposição das profissões, seu reconhecimento como tecnologia potente para a produção de saúde. O trabalho coletivo em saúde se estabelece por processos de negociação e experimentação e, nessa medida, jamais será igual em todos os hospitais, assumindo características

impostas pela cultura organizacional e o grau de disposição e/ou reatividade das equipes à incorporação de inovações nos arranjos de trabalho.

Trabalho em equipe pressupõe saber-fazer comum, fazer com (o outro), pois os diferentes saberes profissionais, isoladamente, não são capazes de operar com eficácia sobre zonas de “não saber”, não se fazendo aptos e competentes para lidar com os “furos do trabalho”, inexoravelmente presente na atividade como nos aponta Ives Schwartz (1998). Segundo esse autor, o agir competente pressupõe, entre outros, a construção de ação profissional e de equipe que contempla (1) a apropriação do saber protocolar (aquilo que está inscrito como regra, que se funda na tradição científica); (2) a incorporação dos saberes da experiência, pois o trabalho é um exercício de gerir variáveis diversas e resolver problemas que se apresentam invariavelmente no fazer, na atividade; e (3) competência para articular o saber protocolar com situações que são singulares, ou seja, que escapam ao regramento dos protocolos, o que exige do trabalhador realizar “ajustamentos felizes” entre o caso, a pessoa e seu pedido e as definições regulamentadas em protocolos e medidas administrativas.

Além disso, nos alerta Schwartz, para se realizar essa complexa operação é necessário gerir e criar sinergias entre individualidades e coletivos de trabalho, ou seja, a criação de um agir coletivo. A sinergia de coletivos de trabalho é tecida em pequenas negociações cotidianas que vão se constituindo em situações reais de trabalho, realizando um projeto em comum. E essa sinergia se refere a laços que se tecem no viver comum, a partir do compartilhamento de objetivos e valores em uma permanente construção e reconstrução, o que possibilita a construção de espaços de gestão coletiva do trabalho.

A experiência cotidiana dos encontros no trabalho vai tecendo laços que constroem entre si os agentes que se propõem a realizar, voluntariamente, uma obra comum. Esses laços são os que permitem a reinvenção do trabalho, preenchendo aquilo que ainda não está prescrito para ser feito (os furos). Ou seja, como inexoravelmente a vida teima em se expressar também por aquilo que não está regulado (força contínua de renormalização da vida), será sempre necessário que o trabalhador preencha os furos, cuja capacidade será maior quanto melhor for a experiência de organização coletiva do trabalho, porque nela está incluso o compartilhamento e o agenciamento de saberes que ultrapassam o estabelecido em códigos e regramentos.

Assim, os trabalhadores constroem conhecimentos singulares na experiência cotidiana do trabalho e lançam mão deles para lidar com aquilo que não foi prescrito, ou seja, com aquilo que aparece como variável no cotidiano do trabalho. A produção e o compartilhamento cotidiano dos saberes coemergentes é que podem transformar a ação dos profissionais em um trabalho em equipe dotado de agir competente.

De outra parte o trabalho em equipe pressupõe, conforme Peduzzi (2007), ação reflexiva sobre a organização do trabalho, com arguição sobre as desigualdades do trabalho especializado, ou seja, sobre os valores e normas sociais que hierarquizam moralmente as diferenças técnicas entre as profissões, colocando algumas como “superiores” a outras, o que estabelece relações de subordinação entre os profissionais. Essa construção crítica é uma estratégia para dar passagem a uma experiência mais coletiva de trabalho, cujas construções permitirão (1) o estabelecimento de processos de comunicação intrínsecos ao trabalho, com a elaboração conjunta de linguagens, objetivos, propostas comuns; (2) a construção de projeto assistencial comum, integrando os distintos saberes dos membros da equipe, ou seja, (3) o trabalho em equipe parte e considera a existência de diferenças técnicas e especificidades entre as áreas e profissões, as quais dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, que se apresentam como múltiplas possibilidades de contribuição para a qualificação das respostas técnicas e dos serviços prestados. O reconhecimento das diferenças técnicas sem subordinação por ordem moral permitirá (4) a flexibilização da divisão social e técnica do trabalho, garantindo a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas indistintamente por agentes de diferentes campos de atuação, pois considera como componente essencial do trabalho em equipe a (5) autonomia técnica de caráter interdependente entre as profissões, cuja integração se estabelece por processos de comunicação mais horizontais, as quais permitem reconhecer as conexões e reconhecer o trabalho do outro.

O trabalho em equipe, nessa perspectiva, se apresenta como alternativa para a desfragmentação do trabalho e busca de articulação dos diferentes saberes tecnológicos que portam os distintos profissionais em situação de trabalho. Organizar o trabalho é função de gestão. Como dito acima, a PNH propõe a gestão compartilhada, que ao envolver as pessoas gera situações em que os próprios trabalhadores são convocados a produzir escolhas sobre o uso de si, estabelecendo, como diz Schwartz, dramáticas do trabalho.

Assim, trabalho em saúde se compõe desde uma dupla dimensão: é uma ação produtiva, que indica que produz algo (material ou imaterial), o que se refere ao caráter técnico e tecnológico do trabalho; e estabelece uma dinâmica de interação social, apresentando-se como prática comunicativa (PEDUZZI, 2007). Dessa forma, os processos de trabalho pressupõem ações executadas pelos diferentes profissionais e interação (comunicação) entre eles. Em outras palavras: a realização do trabalho em saúde exige conversa, discussões, sem as quais o trabalho em saúde tende a se perder em atividades dotadas de pouco sentido, regidas muito mais por determinação de fora da equipe do que efetivamente pelos acúmulos e aprendizados do trabalho compartilhado em situações e experiências reais.

O trabalho em equipe permite uma definição mais consensual sobre a inserção de cada um dos núcleos de competência e de responsabilidade na atenção clínica em geral e na

conformação de projetos terapêuticos nos encontros singulares dos sujeitos, bem como na constituição e sustentação de um campo comum de ação da equipe, entendido como aquilo que diz respeito a todos os seus integrantes.

A construção de relações clínicas mais coletivas e compartilhadas nas equipes permite o alcance de avanços na corresponsabilização pelo cuidado nos hospitais do SUS. Portanto, o trabalho organizado em equipes integradas é uma exigência ao mesmo tempo ética e técnica, que se viabiliza pela construção de um novo regime de regulação do trabalho, cuja aposta da PNH se dá mediante o acionamento da cogestão, permitindo que os trabalhadores ampliem a clínica, construindo dispositivos que garantam, efetivamente, uma nova experiência no trabalho, mais gratificante e mais potente para a produção de saúde.

3.5.3 Terceira pista: desenvolver estratégias de inclusão dos usuários e da sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado.

Uma das consequências mais perversas da forma tradicional de organização dos hospitais é a exclusão dos usuários e de suas redes sociais e afetivas da gestão do cuidado e das estratégias de produção de saúde e cuidado de si. A exclusão resulta da ação de um plano de forças, cujo sentido do movimento é centrípeto, que faz remover tudo aquilo que não se identifica com um núcleo central de poder, de mando. O núcleo central de mando e poder dos hospitais, via de regra, é o saber médico, que em alguma medida se autonomizou em relação aos interesses e anseios da população.

Além disso, a racionalidade gerencial hegemônica que ainda predomina na organização do trabalho nos hospitais (CAMPOS, 2000), faz com que a organização gire em torno de interesses que nem sempre acolhem necessidades dos usuários e trabalhadores. Assim, muitas vezes se observam práticas em saúde que se afirmam como ação heterônoma sobre os indivíduos, desconsiderando o saber construído desde suas experiências práticas, bem como, instituições de saúde organizadas por lógicas que as associam mais a instituições totais (GOFFMANN, 1996), a exemplo de quartéis e conventos, do que a organizações que almejam produzir com as pessoas modos de cuidar, de promover a saúde.

Assim, é necessário restituir o sentido terapêutico e coletivo das organizações de saúde, sem o qual elas se autonomizam dos interesses da sociedade, funcionando sob lógicas próprias, atacando sua própria missão social conferida pela sociedade. Isso corresponde a um processo de fechamento dos hospitais aos interesses coletivos (PASCHE, 2010), estratégia bastante peculiar de privatização. Uma das formas de inversão desta tendência é a garantia da inclusão dos usuários e redes sociais na (1) gestão cotidiana dos hospitais e (2) na gestão clínica, dos cuidados em saúde.

Inclusão da rede afetiva e social do usuário no cuidado, além de direito de cidadania garantido em lei, é uma potente estratégia para (1) a ampliação da corresponsabilização no processo de cuidado, e (2) defesa dos interesses dos usuários nas organizações de saúde, cuja dinâmica de funcionamento, quando não acompanhada crítica e coletivamente, garante a presença de alteridade e tende a dar vazão a processos de atitudes perversas que atentam contra a dignidade humana.

A inclusão dos usuários e acompanhantes também obedece a uma diretriz do SUS que é a gestão participativa, cujas estratégias não se esgotam no funcionamento de conferências e conselhos de saúde. Esses arranjos são imprescindíveis para a democratização da saúde mas devem ser acompanhados de dispositivos que permitam a participação cidadã no cotidiano das práticas de saúde, portanto no dia a dia dos serviços de saúde. Sem isso, corre-se o risco de se ter uma gestão mais participativa, sem que isso implique em uma gestão mais democrática do cuidado.

Nessa direção, a experimentação de dispositivos de humanização (BRASIL, 2009) tem garantido uma maior incidência e presença dos usuários e rede sociofamiliares nos hospitais, a exemplo do Direito ao Acompanhante, à Visita Aberta, bem como um leque de dispositivos no campo da gestão como a constituição de colegiados gestores e outras modalidades de gestão democrática, como profissional/equipe de referência, gerência de porta aberta, ouvidorias, etc.

3.5.4 Quarta pista: ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde – o hospital pertence a uma rede.

O hospital é recurso estratégico para a produção de saúde em uma sociedade e a sua inserção e modo de atuação na rede de cuidados interferem de forma decisiva na qualidade do cuidado em saúde, logo na qualidade de vida de toda população.

As reformas no setor Saúde realizadas no mundo inteiro nas últimas décadas, de alguma forma, são estratégias de desospitalização, ou seja, de construção de estratégias substitutivas para a produção de saúde. Isto não significa enfraquecer ou relativizar o papel e função do hospital na rede de cuidados, senão redefinir sua posição na rede, garantindo que seus recursos estratégicos, escassos e de maior custo, sejam utilizados de forma mais adequada e otimizada.

A capacidade de ação e a eficácia dos hospitais, além da efetividade de sua gestão, dependem do desempenho da rede de cuidados primários em saúde, que deveria se apresentar como o principal e mais importante ponto de interação e inserção da população com o seu sistema de saúde. Isso porque, os hospitais adensam custos e recursos tecnológicos os quais não deveriam ser utilizados senão em casos e situações avaliados como necessários

desde linhas de cuidado que se singularizam em cada caso. Nesse sentido, os hospitais assumem um efetivo papel de retaguarda no sistema de saúde, com seu acesso regulado por normativas e protocolos capazes de garantir equidade de acesso e efetividade da ação.

Para tanto, é necessário ainda assumir de forma mais compromissada e clara no Brasil a ideia-princípio de que todo/a cidadão/a tem o direito a uma equipe que lhe cuide no tempo, o que possibilitaria a ampliação da responsabilidade microssanitária de equipes de saúde de atenção primária, a exemplo das Equipes de Saúde da Família (ESF), sem o qual qualquer reforma sanitária não se viabiliza. É com essas equipes que usuários, famílias e comunidades contratam responsabilidades compartilhadas pelo cuidado, reguladas e sustentadas pela produção de vínculos terapêuticos. Assim, mais que uma orientação normativa e burocrática a construção de efetividade da atenção primária de saúde depende da capacidade das equipes produzirem contratos terapêuticos que se assentem na produção de relações de confiança, as quais requerem sensibilidade de acolher necessidades e demandas de saúde e interferir sobre sua produção.

O hospital, nesta perspectiva, passa efetivamente à condição de equipamento de saúde cujo papel e função são de suporte e referência para o cuidado integral, possibilitando a utilização mais criteriosa de tecnologias de maior custo, logo menos disponíveis, até porque por critérios epidemiológicos e de custo-efetividade as tecnologias de cuidado agregadas nos hospitais se destinam, em tese, a casos mais graves, que são em menor magnitude, ao contrário do objeto de ação de ESF que acolhe e lida com situações de saúde que são mais prevalentes.

Na perspectiva de humanização da saúde se faz necessária a construção de novas experimentações no campo da gestão dos hospitais, as quais deveriam incidir sobre dois grandes componentes: de um lado, como dito anteriormente, ampliar o exercício da democracia institucional, o que implica incluir nos processos de gestão a totalidade de seus operadores; e, de outro lado, inscrever efetivamente as organizações hospitalares como equipamentos de saúde na rede de saúde, disciplinando sua ação considerando o interesse da coletividade.

3.6 Apontamentos finais

A aposta da Política de Humanização para a superação de problemas e desafios da gestão e atenção hospitalar é que se faz necessário incluir os sujeitos das práticas em todos os processos de discussão, a análise de tomada de decisão. A humanização dos hospitais corresponde, de um lado, a efeitos da construção de novas arquiteturas organizacionais, as quais devem permitir a ampliação da superfície de contato entre seus operadores,

propiciando maior interação entre membros das equipes de saúde, o que se faz com a oferta de espaços coletivos. A constituição de espaços de grupalização deve permitir o exercício crítico-reflexivo compartilhado sobre o trabalho, buscando alterá-lo segundo diretrizes éticas e políticas da gestão, da clínica e da política de saúde. Esta é uma importante aposta para se ampliar a responsabilização dos trabalhadores com o fazer cotidiano do trabalho em saúde.

A humanização como efeito de novos arranjos organizacionais prescinde da instauração de dinâmica mais coletiva do trabalho, ultrapassando modos tradicionais de organização do trabalho em saúde nas organizações de saúde e em particular nos hospitais, ainda muito marcados pela lógica corporativa, que tende à segregação e segmentação dos processos de comunicação. Trabalho experimentado em equipe que se singulariza como grupalidade solidária, permite compartilhamento da experiência de ser trabalhador na singularidade da realidade institucional, bem como a formação de novos compromissos e a contratação de tarefas, ampliando a capacidade da organização em produzir saúde.

Todavia, para que o exercício reflexivo e criativo da roda seja eficaz, a humanização indica a necessidade de se tomar princípios e diretrizes, as quais orientam novos fazeres na clínica e na gestão. E estes pressupostos éticos são os mesmos que fundam o SUS, como o direito à saúde, o direito a ser cuidado, o direito a práticas integrais e de participação na gestão do cuidado, bem como construções éticas da humanidade, os quais devem comparecer incessantemente no trabalho em saúde como a solidariedade, a tolerância, a justiça e o acolhimento da diversidade da manifestação do vivo, com as diferentes opções religiosas, sexuais e políticas.

As pistas metodológicas aqui apresentadas não esgotam as ofertas que no próprio SUS têm sido experimentadas no campo da gestão e atenção hospitalar. Todavia, são dotadas de potência transformadora, de ativamento de processos de mudança, os quais abrem possibilidades de se modificar modos de gestão e de cuidado, considerando realidades institucionais singulares e exigências éticas e técnicas do trabalho em saúde, bem como necessidades sociais de saúde.

Referências

BENEVIDES, R. D; PASSOS, E. H. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, (Botucatu), v. 9, n.17, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Cartilha co-gestão e gestão participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Prefácio. In: ARAÚJO, G. F; RATES, S. M. M. **Co-gestão e humanização na saúde pública**: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface** (Botucatu), v. 13, suppl.1, 2009.

GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

PASCHE, D. F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **Saúde coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Unijui, 2005.

_____. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. IN: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Orgs). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; Abrasco, 2010.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. O lugar do método na política nacional de humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, jul./set. 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Cepesc; Abrasco, 2007.

RATES, S. M. M.; CAMPOS, G. W. S. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte. Sigma Editora, 2008.

SANTOS-FILHO, S. R. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Editora UNIJUI, 2009.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação e sociedade**. Revista Quadrimestral de Ciência da Educação. Campinas, SP: CEDES, dez/1998.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; ABRASCO, 2003.

4

Clínica ampliada acolhimento: desafios e articulações em construção para a humanização hospitalar¹

Gustavo Nunes de Oliveira ²

¹Texto inédito. Não contou com financiamento de qualquer espécie. Não sofre conflitos de interesse.

²Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Coordenador do PNH/MS é doutorando em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. E-mail: gustavo.nunes@saude.gov.br

Resumo

Este artigo se dedica à demonstração e à discussão da articulação necessária entre as propostas da clínica ampliada e do acolhimento com outras ofertas da Política Nacional de Humanização, em especial a da cogestão, na sua efetivação como dispositivos de transformação da realidade organizacional, buscando melhores resultados em termos de saúde, com maior segurança e racionalidade no uso dos recursos na atenção hospitalar. Apresenta algumas implicações da adoção dessas referências para a humanização hospitalar e apresenta alguns avanços produzidos nesse processo.

Palavras-chave:

Humanização, Atenção Hospitalar, Clínica Ampliada, Acolhimento, Cogestão.

4.1 Introdução

A clínica ampliada e o acolhimento vêm sendo tomados como diretrizes a serem adotadas em hospitais através da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS). Algumas experiências, inclusive anteriores à PNH, foram acumuladas no sentido de provocar mudanças na organização tradicional desses estabelecimentos, em busca de melhores resultados em termos de produção de saúde, com maior segurança, melhor racionalidade do uso de recursos e de sua maior integração com o restante da rede de atenção à saúde.

Mas qual articulação se pode fazer entre clínica ampliada, acolhimento e mudanças organizacionais que atinjam melhores resultados na atenção hospitalar? Conforme pretendo demonstrar, a clínica ampliada e o acolhimento não são propriamente “coisas” a serem “implantadas” na recepção ou na enfermaria do hospital para torná-lo “humanizado”. Embora, em muitos lugares, possamos começar um processo de mudanças mais profundas por esse caminho. A articulação entre clínica ampliada, acolhimento, mudança organizacional e melhores resultados está na inclusão de novas possibilidades de se fazer clínica/gestão e de se produzir relação com dignidade e cidadania, as quais podem ser inscritas na realidade organizacional do hospital a partir dessas propostas. Devem se constituir, ao mesmo tempo, em referências ético-estético-políticas e em dispositivos que acionem e permitam a passagem de novas maneiras de se fazer as coisas no hospital.

O termo dispositivo, aqui empregado, refere-se ao que Deleuze (1990) comentando a obra de Foucault define como “uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear [...], que formam processos sempre em desequilíbrio”. Para Kastrup e Barros (2008), um dispositivo se caracteriza pela sua capacidade de romper bloqueios para a criação. Cria linhas de fuga, tensiona, movimenta, provoca agenciamentos. Produz conexões que não obedecem a nenhum plano pré-determinado, partes que podem se juntar sem fazer um todo. Juntar o que antes não tinha relação alguma.

Quando me refiro à mudança organizacional, não cogito qualquer tipo de transformação, mas aquelas pautadas: (1) no protagonismo, na corresponsabilidade e na autonomia dos sujeitos e dos coletivos; (2) no pensamento que considera a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; (3) na busca por progressivo aumento do grau de transversalidade³. Trata-se de uma forma de superação da supremacia de um dos polos de poder envolvidos: sejam as corporações, o governo, os “políticos” e até mesmo os usuários. Seria a construção de um cenário metaestável, no qual os atores que antes constituíam os polos de uma disputa de poder passam a investir como agentes, os quais, ao mesmo tempo em que se esforçam para verem seus direitos e seus interesses respeitados e ampliados, buscam a construção de um comum.

³Transversalidade neste contexto significa: aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2004, p.23).

Todavia, esse cenário não é possível mantendo organizações nas quais as estratégias de gestão tradicionais tayloristas e neotayloristas constituem o modelo de gestão. Isso porque são modos de gestão que:

[...] se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles. [...] Comando e controle pressupõem concentração do Poder. [...] E, sem dúvida, a marca central da Organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização – mas enganosas (CAMPOS, 2005, p. 23)

Desse modo, quando falamos de mudança organizacional, estamos falando de mudanças nos modos de se organizar o trabalho e nos modos de se fazer gestão. Não quaisquer modos. Estamos nos referindo a modos democratizantes. Estamos falando de propostas de cogestão. Nesse sentido, a articulação que pretendo explorar neste texto está nas relações produtivas entre clínica ampliada, acolhimento e cogestão, no hospital, resultando em dispositivos de produção de saúde, com maior segurança, melhor racionalidade do uso de recursos e de sua maior integração com o restante da rede de atenção à saúde.

4.2 Pensar a clínica ampliada no hospital e sua articulação com a cogestão

A proposta da clínica ampliada implica em valorizar e em considerar a multiplicidade de vias de entendimento e de ação no processo de conflito/adoecimento/sofrimento. Implica, portanto, em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Isso só é possível quando a relação clínica não se prende a uma única possibilidade de abordagem do problema. Quando inclui a possibilidade de crítica e de análise em todo o processo de cuidado. E também cultiva o desenvolvimento de uma prudência. Por isso, a clínica ampliada deve ser sempre compartilhada, desde quando se constrói diagnósticos até quando se faz opções terapêuticas (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005; CAMPOS; AMARAL, 2007).

A clínica ampliada busca qualificar a relação entre sujeitos, a inclusão da possibilidade de conflitos, de não entendimentos, de singularidades. A fragilidade de um corpo doente não pressupõe o seu assujeitamento. Por mais preparado que seja o profissional de saúde, por mais que domine saberes científicos, ele deve entender que seu entendimento das coisas é, e sempre será, finito diante da amplitude de seu “objeto” de trabalho: pessoas em contexto.

A relação que profissional de saúde e usuário se propõem a perseguir na clínica ampliada deve partir do entendimento de que cada um deles detém o entendimento finito de coisas-diferentes um do outro e igualmente úteis ou inúteis para a resolução do que tomam como problema a ser enfrentado. De fato, quando se toma o “objeto de trabalho” ampliado (pessoa-contexto) o saber biomédico pode ser tão útil ou tão contraproducente ou qualquer gradação entre uma coisa e outra, quanto os saberes acumulados pelo conjunto das equipes do hospital, pelo usuário e pelo profissional de saúde. A pertinência e a relevância de cada saber disponível devem ser determinadas em ato, a partir do contexto e em relação. A prudência desenvolvida, somada a uma inteligência coletiva produzida no conjunto das relações clínicas que se desenrolam no hospital e no conjunto dos hospitais, nos diz algo significativo sobre como nos antecipar, como melhorarmos os modos de fazermos as coisas. Por exemplo, nos alerta a respeito de onde disponibilizar um carrinho de assistência à parada cardiorrespiratória e de como distribuir insumos. Também, talvez, que cada pessoa internada deveria saber quem é seu profissional de referência (ROLLO; OLIVEIRA, 1997). E mais ainda constatar que a maioria das pessoas se recupera melhor e se sente mais confortável durante uma internação quando tem direito à visita aberta. Esses aprendizados coletivos a partir de evidências produzidas no cotidiano e também trazidas a partir de fontes externas, poderiam se constituir em uma inteligência incorporada aos atos de cada trabalhador, gestor e usuário, superando a mera reprodução.

Alguém poderia nos dizer que para tudo isso já existe “evidência” e, portanto, essa discussão é uma perda de tempo. As evidências disponíveis deveriam ser protocoladas e seguidas pelos funcionários do hospital, independente da vontade de cada um. Não são poucas as tentativas neste sentido. Mas não estamos saturados de normas e de protocolos que não são seguidos? Ou que o são, mas de maneira mecânica e sem crítica? O que será que, no trabalho em saúde, não depende da vontade do trabalhador/gestor? Merhy (1997) já descrevia o espaço de autogoverno do trabalhador de saúde “que lhe dá inclusive a possibilidade de ‘privatizar’ o uso desse espaço, conforme o modelo técnico-assistencial, sem ter que prestar conta do quê e de como está atuando”(p.77).

Como então colocar a vontade do trabalhador/gestor a serviço do SUS e do bom-com-o-usuário? A gestão frequentemente pretende a missão impossível do controle da vontade do trabalhador de saúde. Na proposta da cogestão esse controle não só não é almejado como se propõe uma permanente contratualização, que necessariamente deve partir de uma negociação também permanente que inclua, de alguma maneira concreta, pelo menos parte dos interesses dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores. Além disso, a cogestão cria uma via para o permanente aprendizado institucional, permitindo a incorporação de inovações com maior dinamismo.

A clínica ampliada implica, portanto, além da ampliação do objeto de trabalho, uma forte transformação dos modos de organizá-lo, pois passa a ser fundamental a existência de arranjos que privilegiem a continuidade da relação clínica, com responsabilização. Para sua operacionalização se torna necessário garantir a possibilidade e a constância da comunicação transversal em cada equipe e entre equipes do hospital e da rede assistencial regional. Esses movimentos ensejam espaços nos quais se possa produzir inteligência a partir das dificuldades, dos conflitos, da invenção de novos problemas, da deliberação coletiva de intervenções sobre os modos de trabalhar e de produzir relação e saúde no estabelecimento hospitalar. A criação de espaços coletivos de cogestão. É nestes espaços que as evidências científicas e os saberes acumulados, a partir da experiência, podem compor um sinergismo produtivo e seguro, adaptado a cada processo, a cada parte do hospital. Tudo isso pode ganhar grande velocidade e amplitude quando a gestão não só participa desse processo, como o comanda e estimula.

Agora podemos visualizar com mais clareza a articulação entre clínica ampliada e cogestão e começar a considerar os impactos desse agenciamento na produção de saúde de um hospital, na sua capacidade de gestão e na sua capacidade de formar redes regionalmente. O que a clínica ampliada faz – se é que se pode resumir – é atualizar, em maior amplitude, a multiplicidade de maneiras de se pensar e de se agir sobre os processos de adoecimento e de cuidado. Por si só esse tipo de ampliação poderia causar apenas imobilismo tornando os problemas grandes demais. Entretanto, quando o contexto instituído nos modos de fazer clínica é o da fragmentação dos saberes e do trabalho, do especialismo, da prescrição, da automatização do trabalho/das relações e da infantilização do usuário, a proposta da clínica ampliada pode fazer passar novas possibilidades para velhos hábitos, novas perspectivas para o envolvimento afetivo, religando as pessoas a objetos de investimento que valham mais a pena, provocando muitas vezes uma espécie de encantamento. Algo que me parece muito próximo do que Gastão Campos (2000) denominou de “efeito Paideia”. Todavia, falta um elemento importante. Sem o qual, esse movimento pode acontecer de maneira reservada, mais circunscrito à relação gestor-trabalhador, correndo o risco de se tornar algo pouco autêntico, um incremento quase cosmético, com baixo impacto na relação com o usuário. Algo que exige a publicização do que se faz para dentro das paredes da organização – o acolhimento.

4.3 Pensar o acolhimento e sua articulação com a cogestão no hospital

O acolhimento é uma das referências ético-estético-políticas da PNH (BRASIL, 2009). Refere-se a um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a coprodução de autonomia e a valorização da vida em todos os encontros produzidos nos serviços de saúde. É claro que

acolher refere-se à maneira como recebemos as pessoas nos serviços e como incluímos suas demandas e necessidades. Mas antes e além disso, acolher diz respeito ao modo de relação, de produzir encontros. Implica não apenas em atitudes que se julgue “acolhedoras”. Mas em uma atenção especial ao tempo oportuno dos encontros, aos ritmos e fluxos de afetos, às necessidades em jogo, ao contexto, às técnicas de conversa (TEIXEIRA, 2003), aos modos de vida que se encontram e se confrontam. O hospital só pode ser inclusivo quando os encontros que se produzem entre os usuários e o hospital são, na sua maioria, inclusivos. Um estabelecimento só pode afirmar que produz saúde, quando é possível constatar que a maioria dos encontros que acontecem com seus usuários são produtores de saúde.

Poderíamos pensar o acolhimento em termos de uma capacidade-acolhedora. O que é preciso ou pode ser feito para que um serviço de saúde aumente sua capacidade-acolhedora? Reorganizar processos nas portas de entrada do hospital, evitando que os usuários entrem em múltiplas filas para realizar seu “atendimento”, tem algum impacto positivo na sua capacidade-acolhedora? Talvez uma modificação da ambiência, nas salas de espera e nas diferentes alas do serviço? Permitir a existência de conversas mais frequentes entre profissionais, pacientes e familiares? Colocar uma boa cadeira no consultório do pronto-socorro? Melhorar a sinalização? Fazer pesquisas de satisfação? Disponibilizar um profissional que aborde os usuários que estão desorientados? Oferecer recreação para as crianças, enquanto esperam? Cada uma dessas propostas pode ter impacto. Possivelmente! Mas algumas terão mais sentido em serem adotadas do que outras, a depender do contexto. Será preciso muitas vezes “customizar” as propostas de modificações na organização do trabalho, na organização e nas condições físicas do estabelecimento, nas disposições afetivas para os encontros para se obter real ampliação da capacidade-acolhedora. Há caminhos, sem dúvida! O primeiro passo é entender que as soluções podem partir inclusive das próprias pessoas que passam boa parte do seu tempo no hospital: usuários, trabalhadores, gestores. Pensar acolhimento pode significar pensar mais do que um novo artifício para “organizar a demanda”, muito embora isso também possa ser fundamental. Trata-se de pensar-se no trabalho de produzir relações acolhedoras coletivamente. O acolhimento pode, nessa perspectiva, ser tomado como um efeito e um conjunto de processos que desembocam em uma ampliação da capacidade-acolhedora do hospital.

Nesse sentido, o acolhimento pode se traduzir em um movimento, mais um dispositivo, que força a passagem de novos sentidos para o trabalho no hospital, exigindo, de modo semelhante ao que foi dito da clínica ampliada, sua reorganização e sua efetiva transformação. Os espaços coletivos de cogestão serão aqui também cruciais, pois não é possível gerir verticalmente (de fora) todos os conflitos e dificuldades que surgem ao se “implementar” o acolhimento. Esses espaços são fundamentais como promotores e efetivadores de análise e deliberação de ações para o enfrentamento das dificuldades surgidas cotidianamente a partir do encontro com o usuário.

Uma pausa estratégica neste texto, no caso de algum interlocutor estar pensando que seria melhor não tratar desse tal acolhimento, já que produz tanto conflito e dificuldade assim.

A implementação do acolhimento, ou melhor, a implementação de medidas que ampliem a capacidade-acolhedora de um serviço de saúde, não gera por si própria todos os conflitos. Eles sempre estiveram lá, no cotidiano do trabalho em saúde. Não fosse isso, os trabalhadores de saúde não adoeceriam tanto como adoecem atualmente. E não haveria uma só queixa com relação ao serviço prestado pelos estabelecimentos de saúde. O que acontece muitas vezes é que os conflitos são negados e/ou abordados como se fossem apenas decorrentes da pessoa que atende ou que é atendida em um serviço. Pensar o acolhimento inclui novas variáveis processuais nessa abordagem dos conflitos, sem desresponsabilizar as pessoas. Essas variáveis novas de análise ensejam pensar na organização do trabalho e nos modos de gestão. Articulamos assim acolhimento e cogestão. É a criação de espaços coletivos de cogestão que faz expressar, que evidencia os conflitos. Não para negá-los, mas para afirmá-los. Para que possam ser enfrentados e, no mínimo, extrair deles algum entendimento e alguma prudência, melhorando as condições de trabalho e a produção de saúde.

4.4 A articulação clínica ampliada, acolhimento e cogestão no hospital

A partir do que foi dito até aqui, poderíamos definir a articulação clínica ampliada, acolhimento e cogestão como um dispositivo de dispositivos ou um agenciamento complexo (DELEUZE, 1996). Poderíamos começar por um ou por outro, mas teríamos todo o efeito esperado de transformação quando os três “agem” juntos. Ao se introduzir as ofertas da clínica ampliada, do acolhimento e da cogestão em um hospital, não é possível precisar em que momento “a coisa vira”, aquele ponto limite que quando ultrapassado, as transformações acontecem. Pensar clínica ampliada deve implicar em pensar acolhimento e cogestão e vice-versa nas outras combinações possíveis. Não se trata de um pacote pronto, mas de um conjunto articulado de referências que compartilham de um mesmo eixo ético, estético e político, assim como outras ofertas da PNH. Isso porque há um perigo quando se toma uma dessas ofertas isoladamente e de forma incremental. Quando, por exemplo, propõe-se a clínica ampliada ou o acolhimento como melhorias, muitas vezes partindo da vontade de um gestor ou de um grupo de trabalhadores de maneira isolada e ao largo do debate aberto com os outros atores envolvidos. As consequências podem ser desastrosas.

Consideremos uma situação na qual os trabalhadores iniciam um processo de ampliação da clínica de maneira isolada. Mas todos os trabalhadores do hospital atuam no regime de plantão. Os profissionais são contratados de maneira precária. Não há reuniões de equipe. A passagem de plantão não é feita em equipe. Cada profissional atua de maneira segmentada. Não há trabalhadores horizontalizados, que atuam em jornada semanal, responsáveis por estabelecer referências de vínculo e cuidado continuado aos pacientes. Não há nenhuma forma de integração constituída com outros serviços da rede de saúde. Os profissionais de áreas distintas do hospital só se comunicam por meio de formulários de encaminhamentos e de interconsulta, muitas vezes apenas com a identificação de matrícula do paciente. Como será possível fazer clínica ampliada nesse serviço, sem alterar essa realidade? Como ficará a vida para aquele profissional que entendeu o espírito da clínica ampliada, deseja fazer de outro modo, mas o contexto é extremamente desfavorável? Restará a ele ir embora ou ressentir-se, pois quem apreende o “espírito da coisa” dificilmente consegue permanecer bem estando submetido a uma prática de saúde degradada.

Consideremos a mesma situação, mas desta vez com a intenção de implantar o acolhimento no serviço, também de maneira isolada. Somemos, hipoteticamente, às condições anteriormente descritas uma péssima ambiência. A ausência completa de espaços para trocar com colegas e apoiadores as dificuldades cotidianas de trabalhadores em suas tentativas de encontrar as pessoas e procurar fazer algo concreto a respeito. Alguém chega e faz a proposta salvadora: implantar o acolhimento! Tudo vai melhorar! A demanda será controlada! E o discurso do acolhimento começa a assumir tonalidades de pregação messiânica. E as pessoas começam a achar que se não forem “acolhedoras” serão menos “boas”. Sabe-se que muitas vezes quem vai para o front das “triagens” e dos “posso ajudar” são aqueles trabalhadores com menor poder na organização e que com a mesma frequência existem os “bacanas” que jamais se propõem a “sujar suas mãos” com esse tal de acolhimento. Então, “implantar o acolhimento” nessas condições, em uma versão reduzida, isolada e parcial, não seria como oferecer em sacrifício pessoas consideradas “menos importantes”? Em nome de quem? De quem?

Salvo a caricatura desenhada com a intenção de provocar o leitor, quem é que circulando por serviços de saúde, já não viveu algo próximo? Como evitar cair nesse tipo de incrementalismo? É preciso ofertar a PNH e não apenas técnicas parciais instrumentais. Trata-se de reforçar a ideia de uma contratualização entre entes parceiros e autônomos que cooperam para a implementação de uma política proposta e não um uso incremental, algumas vezes ingênuo, algumas vezes oportunista das suas ofertas. A participação de gestores, de trabalhadores e de usuários de maneira ativa é fundamental em qualquer iniciativa de inscrever a PNH com seus princípios, diretrizes e dispositivos em um serviço de saúde.

4.5 Considerações finais

Existe acúmulo de evidências (CECÍLIO, 1994, 1997; ROLLO; OLIVEIRA, 1997; BERNARDES et al, 2007; ARAÚJO; RATES, 2008; ALVES, 2009) que indicam algumas estratégias para a efetiva transformação de hospitais em serviços de saúde potencialmente mais seguros para os usuários, mais produtores de saúde e menos produtores de sofrimento para seus trabalhadores e gestores.

Alguns arranjos como a adoção de sistemas de cogestão, a partir de espaços coletivos deliberativos e colegiados de gestão, podem promover o envolvimento do trabalhador com os problemas de gestão e melhorar a fixação destes profissionais, assim como melhorar sua capacidade resolutiva. A organização por equipes de referência e de apoio matricial, constituindo unidades produtivas, promovendo a construção de projetos terapêuticos singulares (OLIVEIRA, 2008), pode favorecer a continuidade do cuidado, diminuir o efeito negativo e desresponsabilizante da fragmentação e da excessiva especialização dos saberes. A adoção de mecanismos de transferência responsável do cuidado tem diminuído reinternações e ampliado a capacidade de comunicação intra e extraequipes, fortalecendo a integração das redes de atenção locais. A transformação da ambiência das unidades hospitalares de forma participativa e coletiva tem provocado a emergência de novos sentidos para os espaços de cuidado (PESSATTI, 2008).

As indicações são muitas, assim como os projetos em disputa. Os problemas crônicos de financiamento insuficiente e aqueles interfaceados com a própria constituição do pacto social que funda o próprio SUS, também interferem ativamente nos modos de se constituir a atenção hospitalar no Brasil. O desafio de tornar o hospital em serviços humanizados e voltados para eventos críticos na saúde das pessoas não é novo. Todavia, as experiências exitosas de implementação da clínica ampliada, do acolhimento, da cogestão e de outras ofertas, têm demonstrado que as referências teórico-metodológicas adotadas pela PNH podem se converter em efetivos dispositivos de mudança, trazendo novos argumentos para a defesa de suas referências éticas, estéticas e políticas.

Referências

ALVES, F. L. **A organização da gestão e do trabalho em saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp)**: propostas para modelo de atenção hospitalar. Dissertação de Mestrado. Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2009

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1583-6

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

CAMPOS, G. W. S; Amaral, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referências teórico-operacionais para reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 849-59, 2007.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: SAÚDE Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELEUZE, G. ¿Qué es un dispositivo? In: DELEUZE, G. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161

DELEUZE, G. Desejo e prazer. In: PELBART, Peter Pál; ROLNIK, Suely (Org.), **Cadernos de Subjetividade**, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de

Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, num. especial, p. 13-25, jun. 1996.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. 2009.

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

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PESSATTI, M. P. **A intercessão arquitetura e saúde**. Dissertação de Mestrado. Orientador: Sergio Resende Carvalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2008.

ROLLO, A.; OLIVEIRA, R. C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2003. p. 89-111.

5

Considerações sobre o processo de humanização no HU de Dourados – MS

Catia Paranhos Martins ¹

Cristina Amélia Luzio ²

¹ Psicóloga, mestre em Psicologia e doutoranda UNESP - Assis. Consultora do PNH. E-mail: catiaparanhos@hotmail.com

² Psicóloga, Livre Docente em Saúde Mental e Saúde Coletiva UNESP.

RESUMO

Buscamos problematizar aqui nossa experiência profissional no Hospital Universitário de Dourados – MS onde tínhamos como meta trabalhar na efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH). Vamos dialogar com duas diretrizes, o Acolhimento e a Clínica Ampliada, a partir de nossas vivências cotidianas. Recorremos também ao pensamento de Foucault para apontar a tensão entre a racionalidade hegemônica e as apostas e propostas da PNH. Em nosso trabalho com a Política visualizamos a abertura para novos modos de fazer saúde e o exercício de graus maiores de autonomia em que as pessoas não eram mais coadjuvantes ou meros expectadores desse processo.

5.1 Considerações iniciais

Esta reflexão é um recorte de nossa pesquisa de Mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Unesp/Assis. Temos o objetivo de problematizar nossa experiência profissional no Hospital Universitário de Dourados – MS, onde tínhamos como meta trabalhar na efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH).

Dividimos este texto em dois momentos. Primeiro, apresentamos algumas delimitações para demarcar nossa temática. Depois, buscamos dialogar com as diretrizes da PNH, Acolhimento e Clínica Ampliada, a partir de nossas vivências cotidianas.

A qualidade da atenção e da gestão, nomeadas ou não como a preocupação com a humanização, está sendo discutida por importantes pensadores que compõem o movimento da Reforma Sanitária brasileira, através de diferentes orientações teóricas, que representam a amplitude com que o tema é abordado, tais como: as discussões sobre a modelagem “Em Defesa da Vida” e “Saúde Paidéia” realizadas por Gastão W. de Souza Campos (2000); as discussões sobre o cuidado e a busca pela felicidade segundo Ricardo Ayres (2004; 2006); o processo comunicacional por Suelly Deslandes (2004; 2006); os apontamentos sobre a humanização como transformação dos processos de subjetivação vigentes por Rosana Onocko Campos (2003; 2004); as redes dialógicas para Ricardo Teixeira (2005); a luta por cidadania e a repolitização das relações na saúde por Regina Benevides e Eduardo Passos (2005; 2005b; 2006); a micropolítica do trabalho vivo e as tecnologias (duras, leve-duras e leves) em saúde propostas por Emerson Merhy (2005); as contribuições de Cláudia A. B. Neves (2009) a partir do anti-humanismo de Nietzsche; as problematizações sobre a gestão e o direito à saúde realizadas por Tarso Puccini e Luiz C. Cecílio (2004); as aproximações entre a humanização e o biopoder com Antonio Lancetti (2008); a construção da integralidade do cuidado por Rubem Mattos (2003); e Dário Pasche e Eduardo Passos (2008) refletindo no interior da máquina do Estado, dentre vários outros.

A plasticidade, a polissemia e a interdisciplinaridade são concomitantes às polêmicas, aos desafios e às mudanças paradigmáticas que a temática da humanização exige e já foram apontados pelos autores citados acima.

Portanto, o movimento em torno da humanização das práticas abarca uma amplitude de discussões, tais como: a qualidade do serviço (eficiência, eficácia, efetividade, equidade, acesso, qualidade técnico-científica e etc.²); relações interpessoais; os direitos dos usuários; a interface atenção/gestão; o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador; o Estado de direito e o direito à saúde; a dimensão política do fazer saúde; novas delimitações de saúde e doença na superação do paradigma biomédico; a medicalização da vida, entre vários outros aspectos do campo da Saúde Coletiva.

²Componentes agrupados no conceito de qualidade para Santos-Filho (BRASIL, 2006b).

5.2 A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS como desvio

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH) foi criada em 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS. A Política realizou, em 2004, o 1º Seminário Nacional de Humanização, em Brasília, com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”. Desde então, é através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde pelos trabalhadores, usuários e gestores por todo o país que a PNH se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas em saúde.

A partir do “SUS que dá certo”, a humanização ascende à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido político. A Política é criada sem portarias, com o intuito de estar presente no interior destas e das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de humanização são determinados pelas características locais de cada realidade, não podendo ser generalizáveis.

A PNH é composta pelo Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; 2008) e pelas Cartilhas temáticas que representam um marco teórico orientador da Política, sistematizando as marcas, estratégias gerais e diretrizes. A humanização é delineada como “(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p. 8), propondo “(...) mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde” (idem, p. 15) na busca por efetivar o SUS. Os princípios norteadores da PNH são transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde. (BRASIL, 2008).

Através dos documentos oficiais da PNH, podemos visualizar as mudanças, as transformações e o amadurecimento da proposta desde seu lançamento, em 2003. A Política é considerada como uma “obra aberta” (HECKERT et al., 2009; PASSOS; PASCHE, 2008), que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências de trabalho nos serviços, das inovações no campo da Saúde Coletiva e fazendo jus ao método como modo de caminhar. Como “obra aberta”, a Política busca um permanente processo de reinvenção de nós mesmos, de nossas práticas profissionais e do mundo que nos cerca. Trata-se de uma Política que tem como meta disparar processos de mudança e, por isso, não pode ser estanque e tampouco engessar e cristalizar o fazer saúde e o/a homem/mulher comum.

A Política toma como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática do trabalhador. Visa então contrapor o discurso hegemônico, potencializando e criando espaços

de trocas onde pessoas com valores, hábitos e saberes diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

5.3 Dourados e o Hospital Universitário

A cidade de Dourados está localizada no sul do Mato Grosso do Sul e possui 200 mil habitantes. É a segunda maior cidade do estado em população ficando atrás somente da capital, Campo Grande. A cidade compõe junto com outros 35 municípios a região da Grande Dourados. De terra de índio, a cidade foi durante a década de 1970 marcada pelo desenvolvimento da agroindústria que se tornou a base da economia, desde então. A monocultura de grãos para exportação divide espaço com a criação de gado e com o aumento da plantação da cana-de-açúcar com as instalações de usinas de álcool na região.

O estado possui a segunda maior população indígena do país com aproximadamente 40 mil índios. Em Dourados, há predominância das etnias Guarani-Kaiowá e Terena, sendo as aldeias localizadas há poucos quilômetros do centro urbano. Soma-se a essa característica, a proximidade com o Paraguai promovendo o trânsito livre entre os habitantes dos dois países através da fronteira seca.

O Hospital Universitário de Dourados (HU) é um hospital público, 100% SUS, de portas-fechadas, referência em baixa e média complexidade (cirurgias eletivas, atendimento em 30 especialidades e serviço de diagnóstico) para 35 municípios da região.

Fizemos parte do HU no período de junho de 2004 a janeiro de 2008. Ouvimos de usuários e funcionários muitas histórias a respeito de desvios de verbas e equipamentos, conflitos político-partidários e várias inaugurações sem sucesso. A estrutura física de 13.000 metros horizontal construída há mais de duas décadas estava, em sua maior parte, desativada. O hospital era um grande “elefante branco” no qual funcionavam, desde 2002, somente o ambulatório de especialidades, e o serviço de diagnóstico. Participamos do processo final de estruturação da instituição, que inaugurou os primeiros 50 leitos de internação no final de julho de 2004 e que, depois, foram gradativamente aumentando. A capacidade hospitalar instalada chegou a alcançar 170 leitos e depois retrocedeu para 114 leitos com 500 funcionários em seu quadro.

Iremos neste texto problematizar a nossa experiência profissional dialogando com as diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada. As curtas histórias que contamos trazem a nossa vivência e o exercício feito ao longo dos últimos anos na efetivação da PNH.

5.4 O acolhimento como valor na produção de saúde

O Acolhimento, uma das diretrizes da PNH, visa melhorar a qualidade do atendimento prestado, aumentar a eficácia das nossas ações de saúde e propiciar relações interpessoais mais respeitadas. É um valor a ser construído e exercitado diariamente por todos os profissionais, tanto da assistência quanto da gestão.

Para a Política,

o acolhimento é um modo de operar processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia destes encaminhamentos (BRASIL, 2006, p. 89).

Segundo Neves (2009), o acolhimento é a “liga fundamental” das relações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção do cuidado em saúde. O acolhimento da diversidade na produção de saúde torna-se um reorganizador das práticas e dos processos de trabalho, não tem local fixo para acontecer ou pessoa pré-determinada, tampouco pode ser reduzido à recepção ou à triagem. Sua localização está entre os sujeitos, nas relações cotidianas que acontecem nos serviços de saúde e requer, sobretudo, uma postura ética dos trabalhadores.

No HU, uma instituição de porta-fechada, ou seja, sem pronto-socorro, essa diretriz da PNH foi moldada a partir das especificidades locais. Participamos da implantação do Acolhimento da Porta de Entrada cujo objetivo era o de estimular e facilitar o contato entre a instituição e os usuários. O trabalho era desenvolvido por funcionários e estagiários, devidamente identificados e capacitados, que ficavam na área externa (12 recepções), para receber os usuários, esclarecer dúvidas em relação ao atendimento e fazer o direcionamento ao setor competente. Pelo fato de o ambulatório de otorrinolaringologia ser referência para essa macrorregião, havia uma grande demanda de usuários deficientes auditivos. Então, o Acolhimento destes usuários era realizado por um profissional que foi capacitado pela instituição para ser intérprete de Libras e auxiliar na comunicação.

Organizamos, também, um momento para apresentar as ações da humanização, contar a história e as normas da instituição para os ingressantes. Esta ação foi denominada de Acolhimento dos Estagiários, Acadêmicos e Funcionários Novos. No contrato de estágio

firmado entre o hospital e as instituições de ensino, esse momento era condição primeira para o início das atividades acadêmicas e também para visitação. Esta ação foi se configurando como um momento de boas vindas para os novos profissionais e de troca com os estagiários. Após o período de estágio, eles nos davam uma devolutiva do aprendizado na instituição, faziam críticas e sugestões.

A diretriz Acolhimento orientava nosso trabalho também na busca por melhorar a qualidade da assistência aos usuários indígenas. O HU é referência para toda a região sul do estado, possuindo aproximadamente 40 mil índios. Em 2005, a morte de várias crianças indígenas por desnutrição ganhou repercussão nacional e internacional, e a gestão do hospital assumiu o compromisso de realizar o atendimento de pediatria. Num esforço coletivo, a Unidade Pediátrica foi inaugurada, antes do previsto, para receber essas crianças.

Uma parceria entre a direção e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) promoveu a cessão de um auxiliar de enfermagem indígena que trabalhava como intérprete, auxiliando-nos no Acolhimento da Porta de Entrada, e também de uma nutricionista para acompanhar a evolução dos pacientes indígenas. Os profissionais da Funasa buscavam com seu trabalho o respeito às diferenças culturais.

O Acolhimento aos usuários indígenas era muito mais que a mera tradução do guarani para o português. No dia a dia, o intérprete nos ensinava valores de outra cultura como, por exemplo, o receio das mães/pais em deixarem seus filhos no “hospital dos brancos”, o dilema de acompanhar um filho deixando os outros sem cuidado na aldeia, as longas distâncias que muitas pessoas tinham que percorrer para ter acesso ao serviço de saúde, como era estar num espaço no qual as pessoas falavam outra língua, o paciente que “foge”, as diferenças dos hábitos alimentares, de higiene e etc. As diferenças culturais causavam conflitos, e não eram poucos, mas também promoviam encontros e espaços de aprendizado para todos os envolvidos. Este é um exemplo de que a humanização se dá na micropolítica, de que nos encontros era possível desconstruir a frieza e a impessoalidade que comumente marcam o hospital e que nós, trabalhadores, portamos uma tecnologia das mais poderosas, as tecnologias-leves (MERHY, 2005), na produção do cuidado em saúde.

São princípios da PNH o respeito e o acolhimento da diversidade na produção de saúde e pelo exercício da autonomia e protagonismo de usuários e trabalhadores. No entanto, temos a hegemonia do saber biomédico que, segundo Gutierrez (2007) e Mendes (1999), através da medicina flexneriana tem os seguintes valores: o **biologicismo**, que reduz o processo saúde/doença não levando em conta os componentes subjetivos, culturais e sociais; o **mecanicismo**, que considera o homem uma máquina previsível capaz de controlar as variáveis que o fazem adoecer; e o **individualismo**, que enxerga o corpo do indivíduo particular, responsável em si pela sua saúde. Mendes (1999) também enfatiza a

especialização, que promove a fragmentação do processo de produção e do produtor; a **tecnificação** como forma de organizar a produção e o objeto de conhecimento; e o **curativismo**, ilustrado pelo autor através da mitologia grega, e da qual também se utiliza para nos contar que Escapulário, Deus da Medicina, teve as filhas Panacéia (a cura para todos os males) e Higéia (higiene), que deveriam ser cúmplices, mas se tornaram rivais.

Temos então um campo de tensão entre o saber hegemônico e a aposta radical da PNH na promoção de novos modos de fazer e cuidar em saúde. As ações citadas anteriormente para contemplar a diretriz “Acolhimento” formam estratégias construídas coletivamente no HU de Dourados para enfrentar modos e valores instituídos.

5.5 Outros modos de fazer clínica

Foucault (2006), em O nascimento da clínica, apresenta uma análise da medicina clássica e as mudanças que fizeram com que o conhecimento médico ganhasse o status de científico no final do século XVIII. O autor faz uma crítica aos aspectos reducionistas e organicistas da medicina moderna exemplificando que essa deixou de ser classificatória com influência na botânica, e passou a ser pautada na anatomia-clínica com a dissecação dos cadáveres.

A pergunta inicial entre o médico e o doente era, no século XVIII, “o que é que você tem?” (2006, p. XVI) e transforma-se em “onde lhe dói?” (idem) no século seguinte. Até o século XVIII havia a possibilidade de cada pessoa ser médico de si mesmo, pois essa prática podia “conceder grande destaque ao regime, à dietética (...), a toda uma regra de vida que o indivíduo impunha a si mesmo” (idem, p. 38).

Já no século XIX a medicina regula-se pela normalidade opondo o normal ao patológico, o sadio ao mórbido. O homem tornou-se objeto do conhecimento científico e a verdade de sua doença passou a ser procurada no interior do corpo doente. Então, a doença passou a ser uma experiência produzida no interior, no entanto, antes da anatomia, era da ordem fora, como a peste, a lepra ou a possessão.

Deste modo, foi “no início do século XIX, que os médicos descrevem o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” (idem, p. VIII). Assim:

o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica. Época que marca a soberania do olhar (p. 2, idem).

A produção do conhecimento clínico, essencial à formação médica, e o hospital são instituições que surgem de modo tático entre ricos e pobres, visto que “o hospital onde se cura os pobres [é] a clínica, onde se formam os médicos” (2006, p. 125) que, por sua vez, curam os ricos em suas casas. A soberania do olhar complementa-se com outras estratégias do poder disciplinar e do poder pastoral³ na medicalização do hospital.

Temos duas instituições de saúde, a clínica e o hospital, que são indissociáveis para Foucault e que poderiam nos levar a crer que o conhecimento médico, com as contribuições da anatomia, é uma prática individual. Foucault demonstra, no entanto, que apesar de sua penetração no interior das relações de mercado, a medicina científica é uma “tecnologia do corpo social” (2007, p. 79), uma prática social que, de modo estratégico, atinge indivíduos e população ao mesmo tempo.

Ao trazer o pensamento de Foucault nosso intuito foi de demonstrar, de forma breve, a complementaridade entre a clínica e o hospital, e a transformação que a anatomia promove no olhar e na prática médica que passam a ser regulados pelo que é normal ou patológico (FOUCAULT, 2006; 2007; 2008; 2008b). Esses apontamentos estão atrelados às características da racionalidade hegemônica a partir de Gutierrez (2007) e Mendes (1999), que descrevemos ao problematizar a diretriz “Acolhimento”.

Temos então relações na assistência à saúde que estão marcadas pela dissimetria e a ausência de diálogo (CAPONI, 1998; 2000). Nessas, os participantes têm posições determinadas, a saber, um cuidador e alguém a ser cuidado. Usuários e trabalhadores estão em lados opostos. De um lado, há um profissional que detém o saber para curar, e do outro lado há um usuário que, somente quando for consultado, deve confessar tudo o que sabe. Há, assim, forte tendência à exclusão do outro, uma vez que o profissional da saúde sabe de antemão o que é melhor para o seu paciente; é treinado para, a partir da queixa, diagnosticar e intervir na cura do corpo doente.

A obediência, característica central do poder pastorado, tornou rotineiro renunciar à vontade própria e submeter-se a alguém. O trabalhador espera a obediência e relaciona-se com a patologia, com a predominância dos aspectos biológicos, em detrimento do sujeito portador de sofrimento.

Visualizamos, assim, as estratégias de poder que “reproduzem e afirmam um tipo de racionalidade fundada em distinções subordinantes, que excluem e anulam a existência de vínculos legítimos entre iguais” (CAPONI, 2000, p. 13), no entanto, “insistem em aparecer sob a forma de um desapaixonado e necessário ‘humanismo’” (idem, 1998, p. 3). Deste modo, as práticas em saúde controlam e vigiam ao mesmo tempo em que prometem o contrário.

Para nós, destacar a dissimetria não significa almejar uma igualdade idealizada entre

³ O poder pastoral é um modo de relação entre Deus e os homens cujos traços foram encontrados por Foucault no Oriente, mas foi o Cristianismo que promoveu com originalidade “novas relações dos méritos e deméritos, da obediência absoluta [e] da produção das verdades ocultas” (2008, p. 242). Uma forma de exercer o poder, uma racionalidade marcada principalmente pelas seguintes características: verdade, salvação e obediência. O pastor deve conduzir o rebanho ao caminho da verdade, assegurar a salvação de todos e de cada um, e sacrificar-se por cada membro para conquistar a própria salvação. Através do exame de consciência, o pastor sabe o que cada um pensa, sente e faz, conhece os segredos mais íntimos de seus membros, uma vez que os pecados de seu rebanho são imputados ao pastor, obtendo, assim, a obediência e a gratidão de seu rebanho pelo sacrifício (FOUCAULT, 2008; 2008b).

profissionais e usuários. O conhecimento técnico é determinante e define a vida ou a morte nessa relação, no entanto, como pensar uma saúde que escape da prescrição cega, que prescindia do autoritarismo e da infantilização? Como fazer clínica sem ‘você tem que...’, ‘você deve...’ e ‘você não pode...’?

O exercício da clínica, assim como as demais práticas de saúde, traz em seu bojo a medicalização e o controle de indivíduos e população, mas não se limita a isso. Apresentamos então mais alguns recortes de nosso cotidiano de trabalho:

Cena 1: Um médico, com longa experiência hospitalar, questionou-nos se pedir licença para apalpar o abdômen de um paciente poderia ser caracterizado como uma ação de humanização. Podemos inferir que esse profissional estava refletindo sobre a necessidade de pedir o consentimento do usuário, quando isso fosse possível, percebendo que há um sujeito que sofre e não somente um abdômen a ser avaliado ou uma patologia. Será esse um efeito do processo de humanização?

Cena 2: Um paciente reclamou da dificuldade de ficar sem tomar café. Diante disso, um médico criou, junto com a equipe de enfermagem e com a família, uma ‘rota de tráfico’ para a entrada do café na enfermaria a contragosto da equipe de nutrição, que não admitia alteração na dieta prescrita.

Aqui, sinalizamos uma negociação do profissional com o seu paciente sobre o que seria melhor naquele momento e, também, a ausência de reuniões de equipe, de discussões de caso e de projetos terapêuticos. Destacamos, também, os modos individuais de fazer, sendo mais fácil arrumar um ‘jeitinho’ a negociar o tratamento com os demais profissionais e também com o usuário.

Cena 3: Uma idosa estava no soro por que se recusava a comer há vários dias. A equipe, depois de muita conversa, conseguiu saber que a senhora gostaria de comer um macarrão e explicou, inclusive, o jeito de fazê-lo. A enfermeira convence a nutricionista sobre a importância de fazer exatamente o macarrão conforme as recomendações. A senhora ainda não ficou satisfeita, e a enfermeira percebeu que era da comida de casa, da filha, que a senhora estava com saudades e autorizou a entrada. Dias depois, a idosa faleceu, e a equipe ficou com o sentimento de dever cumprido.

Apontamos, aqui, para a dificuldade do profissional em aceitar a recusa do paciente em receber tratamento, e depois, a sensibilidade e insistência da equipe em perceber que o alimento que faltava era a saudade. Destacamos também que as regras são feitas e desfeitas por nós.

Cena 4: As diferenças culturais entre índios e não-índios tornavam a convivência cheia de

altos e baixos. Certa vez, a equipe da Pediatria nos chamou para conversar com algumas mães que estavam guardando objetos do hospital em suas malas. Depois de muita conversa, com o auxílio do intérprete, descobrimos que aquelas pessoas não compreendiam o ‘empréstimo’ e, quando recebiam a toalha de banho, por exemplo, entendiam que estavam ganhando um objeto.

Cena 5: Um usuário da Saúde Mental tinha bolsa de colostomia e fazia o curativo no hospital. A equipe de enfermagem fazia-o tomar banho, pois o mesmo não tinha chuveiro em casa. Tentamos várias vezes que este usuário fosse à Unidade Básica de Saúde, e, para isso, fizemos contato, agendamos o horário e discutimos quem o receberia lá, mas o paciente sempre preferia o hospital. Certa vez, o paciente veio pedir nossa autorização para que um técnico de enfermagem, o que fazia o curativo diariamente, fosse com ele até Barretos dar continuidade ao tratamento. Num primeiro momento, esse era um usuário difícil, que não respeitava as regras da instituição e conhecido por não ‘aderir’ ao tratamento, mas o vínculo construído entre ele e o profissional fez a diferença.

Cena 6: Uma funcionária do setor de imagem, ao perceber o incomum sobrenome de duas usuárias diferentes, comentou com a segunda sobre a coincidência, promovendo, assim, um grande encontro entre irmãs que foram separadas quando pequenas. O nome do paciente numa instituição com grande volume, e num setor de exames ambulatoriais, é algo que só ganha relevância se o usuário ‘der trabalho’, portar uma doença incomum ou se o profissional enxergar o usuário como alguém com quem ele pode dialogar, um “outro legítimo na relação” (CAPONI, 2000; 1998).

Para contribuir com nossa reflexão, retomamos também Campos (1997) que distingue três categorias para sintetizar a clínica: clínica tradicional – onde o sujeito é reduzido a uma doença biológica que deve ser curada; clínica degradada – a prática conhecida como queixa/conduita que trata somente os sintomas; e clínica ampliada, que merece atenção especial na PNH, e pode ser definida como a clínica que concebe o sujeito enquanto ser social, histórico, biológico e subjetivo.

Podemos visualizar as categorias de Campos nas histórias que vivenciamos no HU. Muitas vezes o profissional de saúde, inclusive a pesquisadora, só consegue enxergar a doença e seu sintoma. No entanto, o encontro entre o usuário e o trabalhador é uma abertura para o diálogo, para novas possibilidades de relação e de fazer clínica.

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da PNH e já estava presente nos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS. Também é uma importante estratégia do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e foi amplamente discutida por seus teóricos e militantes. Essa clínica, apropriada para as transformações propostas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, não trata mais de uma clínica da arte

do olhar, de observar e tratar o paciente na cama, mas sim da

clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos, no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas (COSTA-ROSA et. al, 2002, p. 30).

A PNH propõe outros modos de exercer a clínica que implica produzir, fazer saúde junto com o outro e não para o outro, ampliando o grau de autonomia dos atores envolvidos, utilizando tanto dos conhecimentos científicos como do saber popular dos sujeitos em relação, ou seja, sujeitos concretos com suas histórias de vida e relações sociais. Uma Clínica da invenção cotidiana, que nos convida – ou será um compromisso ético? – a ampliar nosso foco de visão como estratégia para dar conta da multiplicidade de aspectos que interferem na saúde e na doença. Mas há de se tomar muito cuidado, doses de prudência, como aconselharia Guattari (1981), para não sermos capturados nesta ampliação da Clínica, para que tudo não se torne passível de se clinicar, ou estaremos novamente mergulhados nas especializações e nas patologizações do corpo e do cotidiano, constituindo um retrocesso, e não promovendo integralidade de nossas ações.

Fazemos do questionamento de Caponi o nosso:

quicá, então, se possam fortalecer os necessitados, em lugar de debilitá-los; possibilitar sua inserção em novas redes sociais, e não estimular seu isolamento; reconhecer neles sujeitos capazes de decisão e diálogo, e não reforçar estratégias de infantilização (CAPONI, 2000, p. 13).

Objetivamos aqui ampliar a compreensão da racionalidade hegemônica que, sob a denominação 'saúde', reforça (ou produz?) no dia a dia o olhar sobre a doença. Utilizamos as discussões sobre a racionalidade médica, mas esclarecemos que nossa reflexão se insere no campo das práticas em saúde, que descrevemos como o paradigma biomédico e no qual, com remédios ou não, promovem comumente a medicalização e normalização de modos de vida a partir do pensamento de Foucault (2006; 2007; 2008; 2008b).

O pensamento de Foucault nos mostra as formas minuciosas de controle, vigilância e medicalização da vida, mas também nos apresenta que as relações de poder comportam possibilidades de resistência e criação. Por isso, aqui localizamos o desafio da PNH na produção de desvios apostando em outros modos de fazer clínica, na qual usuário e trabalhador são corresponsáveis nesse processo.

5.6 Considerações finais

Aquilo que se faz pode ser desfeito,

embora sempre reste o como se fez.

Pasche e Passos (2008).

Como uma das gestoras responsáveis pelas ações citadas acima, refletíamos sobre como fazer diferente o que era realizado de forma mecanizada e impessoal. Tínhamos como meta problematizar a fria rotina da instituição hospitalar, e, assim, promover atividades diversificadas, levando novos ares a um cotidiano marcado pelo sofrimento humano, pela dor e pela morte. Nosso trabalho no HU era de propor ações, apresentar e discutir a PNH, e também, viabilizar, estar junto, incentivar para que os demais trabalhadores e usuários participassem ativamente desse processo.

As reflexões sobre a humanização da atenção e da gestão nos remetem a transformações nos modos de ver, fazer e pensar a saúde e a doença, numa mudança paradigmática que está em curso e que vem ganhando força com a inclusão de novos atores e suas experiências. A PNH é um convite para novos modos de fazer, um modo de cuidar de si e do outro que prescinde da tutela e do moralismo, que problematiza os imperativos e questiona o lugar de detentor do saber a que nós, profissionais de saúde, tão facilmente ocupamos. Uma aposta na criação de sujeitos e não de assujeitamento, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum.

Essa aposta visa romper com a fragmentação do cuidado, do trabalho, da rede e dos modos hegemônicos de fazer saúde. Os problemas e as soluções são vividos e construídos coletivamente e não mais em modos individuais, heróicos e adoecedores de trabalhar, como costuma propor a cultura da competição e do individualismo, que marcam a contemporaneidade.

Trata-se não da mera maquiagem dos serviços de saúde (pintar parede, comemorar aniversário do funcionário ou ser gentil com o usuário), mas colocar em análise coletiva a racionalidade hegemônica que somente vê a doença e os processos de trabalho alienantes. A novidade da PNH está no modo de fazer, no caminho que se localiza a possibilidade de resistir. Essa Política de Saúde tem como meta “não (...) salvar vidas, mas acordar sujeitos” (MATTHES, 2009).

Em nossa experiência no HU de Dourados muitas foram as limitações e os desafios vivenciados no cotidiano de trabalho. Entretanto, essa experiência também nos serve de exemplo para afirmar que o trabalho multi/ interdisciplinar, a participação efetiva do

⁴Discussão realizada na Rede Humanizasis após o 2º Seminário Nacional de Humanização “Trocando experiências. Aprimorando o SUS”, ocorrido em Brasília, nos dias 5, 6 e 7/9/09. Estávamos todos avaliando as discussões realizadas no Seminário e Claudia Matthes comentou: “Saio com a ideia firme de que nosso trabalho não é salvar vidas, mas, acordar sujeitos”. Vide <http://redehumanizasis.net/node/7217>

usuário, a democratização da gestão, as ações de educação permanente, a preocupação com a ambiência e etc. demonstram que há estratégias para melhorar as relações de trabalho e aumentar o diálogo entre os envolvidos.

Constatamos também que a criação formal dos dispositivos da Política não garante seus princípios, tampouco a circulação da palavra e a democratização das relações e do saber/poder. No HU, havia colegiado de gestão, ouvidoria, acolhimento e demais propostas da PNH. No entanto, o processo de humanização apresentava muitas contradições. Em alguns momentos estava marcado por iniciativas localizadas em pessoas específicas (nós!) e em modos individuais, verticais e autoritários de fazer. E em outros momentos, de forma concomitante, éramos solicitadas a providenciar um pula-pula para uma festa na Pediatria organizada pela equipe e voluntários, assim como para participar de uma discussão sobre como diminuir o absenteísmo nas cirurgias eletivas com a participação da direção, cirurgiões, enfermagem, serviço social e recepção.

Podemos igualmente olhar para a fragilidade das mudanças em questão, pois muitas foram capturadas pelos modos instituídos de fazer, como por exemplo: a falta de tempo e de profissionais; o excesso de trabalho; as reuniões para cumprir a agenda; a burocracia sem reflexão de sua necessidade; os acordos descumpridos e etc. No entanto, a permanência no tempo cronológico é somente um viés possível de análise. Em vários momentos visualizamos a abertura para novos modos de fazer saúde e o exercício de graus maiores de autonomia em que as pessoas não eram mais coadjuvantes ou meros expectadores desse processo.

Assim, a PNH configura-se como um desvio nos modos de fazer política de saúde visando à integralidade das práticas, superar a fragmentação do cuidado, da rede, da formação, da gestão e dos programas verticais e uniformes que determinam as ações de saúde em todos os cantos do país. Essa Política apresenta-se inclusive como desvio numa instituição que a tem como missão, que a localiza com destaque no organograma, pois a ousadia de suas propostas esbarra em valores instituídos. Entre as muitas apostas que compõem esse movimento, quiçá a PNH possa “se dissolver como política de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários” (HECKERT et. al., 2009, p. 496).

REFERÊNCIAS

AYRES, R. J. Cuidado e humanização das práticas de saúde, In. DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.15-29, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, 2005a.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

_____. **Humanização**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 e 2008.

_____. **Formação de apoiadores da política nacional de humanização**. v. 2. Brasília: Fiocruz, 2006a.

_____. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, 2006b.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada, Mimeo. DMP5-Unicamp, 1997.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

_____. A compaixão no poder médico-assistencial. **Caderno Nietzsche**, [S. l.], n. 4, p. 63-82, 1998.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2002. p. 13-44.

DESLANDES, S. F. (Org.) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

_____. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUTTIEREZ, P. **A Política de saúde no Brasil e os modelos assistenciais**. Disponível em: <<http://viask.ead.fiocruz.br/saudedotrabalhador>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface comun. saúde educ.**, [S. l.], v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.

LANCETTI, A. **Notas sobre humanização e biopoder**. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/humanizasaude/img2/humanizacao%20e%20biopoder-%20%20Lanceti.doc>>. Acesso em: 8 mar. 2009.

MATTHES, C. **Uma roda em movimento**. Disponível em <<http://redehumanizasus.net/node/7217>>. Acesso em 10 set. 2009.

MATTOS, R.; PINHEIRO, R.; CAMARGO, J. R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

MENDES, E. V. **Agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

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

NEVES, C.A.B. **Mostra interativa HumanizaSUS**. “Acolhimento” (audio), 2009.

ONOCKO, R. Reflexões sobre o conceito de humanização em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, maio./ago., 2003.

_____. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.). **Salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 103-21.

PASCHE, D.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do SUS. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Santa Catarina, 2008. Disponível em <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/45>>. Acessado em 20/06/2009>. Acesso em 25 jan. 2009.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L.C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

6

Apelo à humanização da morte nas práticas de saúde

Erasmu Miessa Ruiz ¹

Annatália Meneses de Amorim Gomes ²



Geoffrey Gorer escreveu, na década de 50, um ensaio intitulado “The Pornography of Death.” (GORER, 1965). Qual seria o sentido de se falar da morte como pornografia? A maioria das pessoas não se sentiria à vontade ao abrir uma revista erótica durante um jantar de família ou lê-la no caminho do trabalho no ônibus. Obviamente que essas circunstâncias nos mostrariam que vivemos a sexualidade ainda com certo gosto de proibido, tão proibido que a mídia a transforma em mercadoria vendendo corpos no formato de fotografias e filmes para ativar nossos desejos ou mediando as imagens eróticas como chamarizes para outros produtos. Mas, diferente de nossos avós, hoje em dia podemos falar de sexualidade de uma maneira mais aberta. Os corpos acham-se mais expostos, os estereótipos sobre a forma como os gêneros expressam sua sexualidade vão se tornando mais e mais questionados. No lugar da mulher submissa e assexuada, surge o papel da mulher sexualmente ativa, que exige boa performance do parceiro. No lugar do homem machista aparece o perfil de alguém mais receptivo ao tradicional papel de cuidado feminino. Uma nova e mais dinâmica divisão social do trabalho redesenha os papéis em relação aos gêneros e, por decorrência, novas formas de subjetivação desses mesmos papéis.

Algumas pessoas mais apressadas concluiriam então que estamos a um passo de uma sociedade livre de tabus. Isso não é verdade. Para Gorer, a morte assumiu o papel do sexo. É sobre ela que não podemos falar, passou a ser um assunto negado, um aspecto da nossa existência escondido a sete chaves, algo que não deve ser evidenciado. Quando a morte acontece, e as estratégias de sua negação simbólica falham, nosso sofrimento diante dela amplifica-se além do esperado ou, então, esbarra num muro de insensibilidade caricata. Sob certa ótica, a morte passou a ser uma doença incurável, um mal que “envergonha” aquele que vai morrer diante de trabalhadores de saúde, estes também “envergonhados” por encontrarem os limites dos seus saberes.

É verdade que podemos passar a vida toda negando a morte enquanto uma possibilidade concreta. Isso em si mesmo parece não ser algo restrito a nossa época. Historicamente a religião e os mitos sempre sinalizaram a morte como uma espécie de desconforto, uma punição dos deuses pela nossa desobediência, algo que só os seres humanos especiais poderiam de alguma forma tentar vencer. O antigo mito caldeu-babilônio da Epopéia de Gilgamesh (LAMAS, 1973), é a personificação de um ser humano concreto que renega o fato inelutável da morte e, lutando contra deuses e monstros, sai em busca de um remédio que possa dar a imortalidade aos homens. Trata-se de um indivíduo concreto que questiona o princípio da fatalidade que governa a vida humana e, apesar de afirmar a possibilidade de um porvir, quer antes a manutenção da vida material, do seu cotidiano, aqui e agora. O que o mito de Gilgamesh parece evidenciar desde 4.000 anos antes de Cristo é que, em parte, nos tornamos indivíduos a partir da preocupação coletiva com a morte.

¹ Psicólogo pela FFCL-USP Ribeirão Preto. Mestre em Educação pela UFSCar. Doutor em Educação pela UFC e Professor Adjunto da UECE. erasmohumaniza@gmail.com

² Psicóloga pela UFC, Assistente Social pela UECE. Mestre em Educação em Saúde (UNIFOR). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UECE. annataliagomes@secrel.com.br

Todos nós, independente de credos e princípios filosóficos, não podemos nos furtar do experimentar a morte. Schopenhauer (1980) identificou essa questão com toda a propriedade. É o preço que pagamos por não estarmos presos ao presente como acontece aos outros animais. Nossa consciência vislumbra o futuro com base no passado vivido. É essa visão ampliada do tempo que produz na consciência a absoluta previsibilidade da morte, reconhecendo seu aspecto mais terrível: a perspectiva da irreversibilidade e da dissolução.

A realidade existencial, cedo ou tarde, nos reservará a presença da morte do outro. Mas existem grupos onde esse contato é mais diuturno. Referimo-nos aqui aos profissionais de saúde. Se estes trabalhadores não lidam com a morte enquanto fato da existência pessoal, se não a discutem à luz da ciência e com base na inestimável experiência cotidiana; como lidar então com a morte dos outros? Como nos alerta Elias (2001), a resposta a esta questão pode ser dada pela maioria dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas e se resume ao binômio insensibilidade-incapacidade, construído para proteger o trabalhador do sofrimento de lidar com a morte do outro, o que significa quase sempre lidar com a própria morte.

Esse é um grande desafio. Precisamos da experiência alheia para a nossa própria experiência e não há como evitar sentir um pouco daquilo que o outro sente. Significa então que, para sermos bons profissionais, temos que estar habilitados à empatia, a essa capacidade abstrata de se colocar no lugar do outro e se alegrar com sua felicidade ou sofrer um pouco com sua dor. Mas, no caso da morte, a maioria de nós é incapaz de fazê-lo, em parte porque nos eximimos de discutir a morte enquanto fenômeno vital e existencial. Para os seres humanos, antes de ser um fato biológico, a morte é fundamentalmente um fato biográfico. Esse é o paradoxo: a morte faz parte da nossa existência e é um dos fenômenos do viver. Só podemos falar em atividade vital diante do seu contrário, só podemos qualificar o viver diante do morrer, só podemos possuir uma vida em plenitude quando aceitamos determinados fatos decorrentes dela, incluso o fato inelutável da morte. Como fato biográfico, a morte sinaliza a interrupção de projetos, implica na necessidade de se construir elaborações onde os seres humanos possam justificar a própria condição, implica na configuração de toda uma arteficialidade que literalmente ensine e prepare cada individualidade para sua morte.

O avanço técnico da Medicina foi um importante fator para que a morte na sociedade ocidental passasse a ocorrer no espaço hospitalar, em vez da casa. A sociedade contemporânea afastou as crianças dos entes queridos no momento da morte, criando nelas as raízes de seu medo irracional, por vezes definitivo (MARANHÃO, 2005). Neste modo moderno de morrer, o doente fica entregue nas mãos do médico com poucas possibilidades de conhecer o que se passa consigo e quais suas chances e opções terapêuticas, sendo assim silenciados, família e paciente.

Tem-se observado, no entanto, que o desenvolvimento tecnológico e os esforços dos profissionais possibilitam o prolongamento da vida dos pacientes, mas nem sempre essas ações são acompanhadas de uma ajuda ao morrer. A morte gradualmente torna-se um ato solitário, impessoal e “desumano”. Às vezes é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que ocorreu a morte. O paciente, não raro, é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. Na maioria das vezes, morrer é algo que acontece no hospital e o moribundo, frequentemente, já está inconsciente. O apoio espiritual geralmente só acontece após a morte. Mesmo que o paciente preserve sua consciência, sua fala é sistematicamente situada em segundo plano, seus desejos e necessidades acabam subordinados a todos os processos coletivos que envolvem a negação da morte e do morrer.

Em passado recente – década de 1970 e 1980 – surgiram movimentos pelos direitos do paciente, entre eles o direito de morrer com dignidade. Observa-se uma mudança gradual de processo escondido e silencioso para uma atitude de se discutir a morte de modo mais aberto e, por decorrência, reaver a voz do moribundo como partícipe efetivo da própria morte (KOVACS, 2003). Para alguns autores, mesmo com as atuais reivindicações de um morrer digno, o enfrentamento desta situação ainda é, de algum modo, escondido e negado. Este fato torna-se expresso nos seguintes comportamentos: o velório acontece em locais apropriados, normalmente administrados por empresas funerárias, e não mais em casa; as manifestações de tristeza são contidas, o luto dos familiares dura pouco tempo e a vida rapidamente retorna às rotinas tidas como normais. Acrescente-se ainda o morrer dentro dos hospitais que também ocorre às ocultas, os familiares têm pouco acesso ao moribundo e até as palavras utilizadas demonstram a negação da situação: o paciente já não morre; ele “vai ao óbito”, “se perde na mesa” ou “expira”. (BELLATO, 2005; MARANHÃO, 2005). À medida que se designa a morte como algo impessoal, e os mortos como coisas, contribui-se para encobrir esse fenômeno como fase natural da existência.

Um importante avanço em direção a uma morte digna tem ocorrido por meio do movimento de cuidados paliativos deflagrado por Saunders, Baines e Dunlop (1995), expandido, sobretudo, a partir de 1970, em função de duas mudanças sociais: a primeira refere-se ao crescimento de um consumo vinculado à redescoberta do natural, na alimentação, nos cuidados da saúde, no estilo de vida, a visão de questões ecológico-ambientais e até nos cuidados do morrer. A segunda, em razão do crescente interesse no meio acadêmico e entre profissionais da saúde e sociedade, como uma reação contra a “medicalização” da morte.

Como nos alerta Ziegler (1977), uma das expressões do biopoder é o que ele chama de “tanatocracia”, um conjunto de práticas especializadas que regula como a morte se expressa e, muitas vezes, até o momento em que ela deve acontecer. Apesar de reconhecida em

alguns países como uma especialidade da Medicina, a exemplo da França, Estados Unidos e Inglaterra, no caso do Brasil existe uma Associação Nacional de Cuidados Paliativos, mas sem o devido reconhecimento (PESSINI, 2003).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como sendo o “cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. O controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais, é da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias” (BRASIL, 1991). Essa modalidade valoriza os desejos e a autonomia do enfermo, e o diálogo entre os agentes sociais envolvidos no processo de morrer, a escolha de procedimentos e despedida das pessoas, tudo com suporte interdisciplinar.

Outro fator também se apresenta no plano nacional pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005), que afirma o compromisso com a subjetividade nas práticas de atenção e gestão. Na saúde pública, no tocante ao reforço no campo da cidadania, o Ministério da Saúde aprovou a Carta de Direitos do Paciente (PASSOS, 2006). No âmbito local, o Estado do Ceará foi uma das primeiras unidades federadas a lançar o Código dos Direitos do Paciente: carta da pessoa hospitalizada no SUS – Ceará em 2005 (CEARÁ, 2005, p. 11 e 12), preconizando no art. 30 que é permitido ao paciente aceitar ou recusar o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários, mesmo que seja para prolongar a vida; no art. 33: se em estado terminal, ter uma assistência respeitosa, apoiada, generosa e afetiva diante da morte e no art. 34: ter sua dignidade respeitada plenamente após a morte, devendo seus familiares ou responsáveis serem avisados imediatamente após o óbito.

Alguns cuidados são recomendados para tornar a pessoa em decurso de morrer mais autônoma, permitindo uma “boa morte”, na qual é imprescindível considerar os desejos do paciente e da família, a tomada de decisões. Para isso é fundamental que se aplique o direito às informações e se aprimore a relação profissional-paciente.

Esses aspectos se relacionam com os direitos dos pacientes de modo geral, como dignidade e privacidade, alívio da dor e sintomas, suporte emocional e espiritual, se solicitado, acesso a informações e tratamento digno, incluindo outros peculiares à situação: saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado; estar em condição de manter o controle sobre o que ocorre; controle sobre quem está presente no final da vida, ter tempo para dizer adeus e estar apto para partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente (CEARÁ, 2005).

Convém lembrar os 12 princípios para uma boa morte, publicados pela primeira vez por uma revista médica inglesa em 2000, conforme Menezes (2004):

1. Saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado;
2. Estar em condições de manter controle sobre o que ocorre;
3. Poder ter dignidade e privacidade;
4. Ter controle sobre o alívio da dor e demais sintomas;
5. Ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte (na residência ou em outro local);
6. Ter acesso à informação e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários;
7. Ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado;
8. Ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital;
9. Ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida;
10. Estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados;
11. Ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos;
12. Estar apto a partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente.

Em alguns hospitais essas questões são discutidas e novas práticas ensaiadas. O modelo biomédico hegemônico, no entanto, que reduz a morte a fato biológico e patológico, subordina formas de atenção usuário-centrada, oferecendo, na prática cotidiana dos serviços, limitações a uma “boa morte”. Essa constatação nos leva à busca de debater e formular novas práticas que tenham o usuário como foco da sua mortalidade e não mais os ritmos institucionais e/ou as necessidades práticas da equipe. Trata-se de sinalizar, com o máximo de clareza, que o moribundo deve ser o senhor de sua finitude e, dessa forma, mobilizar o máximo de energias para que sua morte possa ser efetivamente amparada a partir da óptica de quem está morrendo.

Grande desafio neste caminho é a formação profissional, de modo que propicie uma transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-a como dimensão da vida com expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual das pessoas para melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta. O estabelecimento de uma relação singular e personalizada com a pessoa doente e sua morte iminente se torna

imprescindível, sendo, para isso necessário que o agente do cuidado seja capacitado com fins de valorização da vida por meio de um contato com sua sensibilidade.

6.1 Nova atitude diante da morte

No cotidiano dos cuidados em saúde, é preciso que se adotem novas atitudes que levem à humanização do processo de morrer. Para esta empreitada, torna-se importante considerar a elaboração de algumas mudanças nas formas atuais de lidar com a morte e o morrer, que envolvem muitos aspectos. A seguir, destacaremos alguns.

6.2 Respeito às necessidades espirituais e direitos do paciente

A fé pode ser uma forma de auxílio, um amparo que oferece conforto, sendo importante suporte. Para aquele que crê, ela permite uma aproximação com o sagrado que conforta e oferece força para suportar a dor às vezes insuportável da perda de quem amamos.

O momento da morte muitas vezes é vivenciado como de intensa necessidade espiritual. Hoje em dia, boa parte dos espaços hospitalares acha-se secularizada, tanto na atitude de trabalhadores quanto na apresentação da ambiência. Não cabe neste texto avaliar criticamente essa mudança mas sinalizar a ideia de que se o paciente expressar a necessidade de vivências espirituais, isso deve ser respeitado pela equipe, pois constitui-se em direito do paciente (CEARÁ, 2005), mesmo quando essa necessidade possa ser rotulada como “estranha” ou “bizarra”.

Neste aspecto, é evidente que não se trata apenas de transformar o modo da assistência mas também a maneira como a sociedade, em suas manifestações culturais e simbólicas, tende a significar as ações em torno da morte. De nada adiantará transformar a atitude dos profissionais se os familiares e, muitas vezes, o próprio moribundo, continuar exigindo a ação de saúde em seus moldes tradicionais.

Em algumas circunstâncias, seja pela rotina, seja pelo preconceito religioso da equipe, as necessidades espirituais do paciente podem se tornar secundárias. Aqui, podemos tirar um exemplo de nossa experiência. Certa vez um paciente à beira da morte expressou a necessidade de conversar com um “pai de santo”. A equipe foi extremamente refratária, pois acreditava que a enfermagem se transformaria num “terreiro de macumba” (sic). Argumentamos que a necessidade do paciente deveria ser respeitada e que qualquer decorrência das necessidades rituais que porventura aflorasse seria adaptada às necessidades da rotina hospitalar. Tudo transcorreu de uma forma a atender às necessidades

do paciente, fazendo com que a equipe tomasse consciência de que era portadora de preconceito religioso.

Em tese, é compreensível que hospitais públicos não devam possuir capelas (embora nossa experiência pessoal mostre que essa não seja uma regra absoluta) pois, sendo espaço público, a presença de locais de ritualização religiosa indicaria a preferência do Estado diante de uma crença religiosa em detrimento de outras. Óbvio dizer que o princípio da laicidade do Estado é motivo de discussões complexas, principalmente na forma como é juridicamente interpretada. Ainda assim, poderíamos afirmar que os espaços das enfermarias devem, na medida do possível, atender às necessidades de ambiência preconizadas pelo paciente. Neste sentido, a presença de imagens, quadros sacros, o acender de velas, cânticos e orações devem ser assimilados como expressões naturais de muitos grupos e indivíduos diante da morte. No mesmo sentido, a presença de religiosos deve ser expressão da necessidade do paciente e suas famílias e não das necessidades de proselitismo de indivíduos e instituições.

6.3 Transformação da visão fragmentada para um olhar globalizante

A visão fragmentada tende a transformar a morte em mero problema técnico-operacional nas instituições hospitalares. Aqui, nunca é demais salientar que a morte não é apenas uma categoria biológica. Ela é um acontecimento biográfico com intensas repercussões na vida de indivíduos e grupos, faz parte da existência de cada ser humano como expressão da vida, diz respeito a um dos atributos da condição humana. Deve ficar claro ao profissional que o manejo da morte não está atrelado apenas a um protocolo de cuidados, mas diz respeito também ao cuidar de si mesmo, refere-se à necessária elaboração do morrer do outro como uma das possíveis expressões do próprio morrer.

Assim, o lidar com a morte não implica a redução do que fazer com o cadáver mas, fundamentalmente, aperfeiçoar os processos de trabalho para que sejam assimiladas as necessidades de trabalhadores e usuários diante da morte. Hoje se fala muito da busca de projetos terapêuticos, da singularização do cuidado, da construção de vínculos entre equipe e usuários. Acreditamos que esses princípios podem ser derivados das necessidades existenciais constituídas pela experiência da morte e do morrer.

Não se trata de curar, mas de cuidar melhor, aliviar os sintomas e conduzir o paciente a uma “boa morte”. A singularidade do paciente, como aliás a de todo sujeito, não é uma categoria restrita a ela mesma. O moribundo pertence a uma família, a um complexo conjunto de organismos sociais que inclui seu espaço de trabalho, suas vivências étnicas, etárias, culturais, grupais, de gênero etc. A depender de como cada um reage à própria

morte e de como os outros se expressam, todo o complexo da vida social do indivíduo se mobilizará coletivamente para o enfrentamento e elaboração da morte. Significa dizer que as instituições que manejam a morte dos indivíduos devem se preparar para, também, assimilar e dar resolubilidade às necessidades sociais que a morte engendra.

Tornou-se lugar comum a noção de que a expectativa da morte seja algo vivido em segredo pela equipe, uma verdade compartilhada, com dificuldade, com a família e quase nunca com o paciente. A mudança desse paradigma é fundamental para que o paciente possa se transformar em senhor da sua própria morte. Isso redefinirá a forma como os vínculos em torno do cuidado se estruturam. Além disso, será importante que a família seja um participante efetivo desse processo, o que levará à busca de novas formas de se lidar com os familiares no espaço hospitalar. Os profissionais terão que incorporar em suas práticas a importância da escuta. Ela deverá ser coligada a todas as rotinas de cuidado, ser vista como uma de suas expressões, não mais significada de forma pejorativa por tratar-se de uma ação tida como não terapêutica. O cimento que oferece a liga de todas as ações de cuidado paliativo é a capacidade resoluta de ouvir as demandas expressas pelos pacientes e pela família, buscando oferecer níveis de resolubilidade dentro dos limites do possível.

Imerso nas rotinas hospitalares, os trabalhadores podem dar significado ao cuidado paliativo como algo “inútil”, “sem sentido”. Esse fenômeno é facilmente compreensível quando se nota que os currículos acadêmicos dos profissionais de saúde os preparam para o manejo de técnicas de caráter terapêutico. Não ser efetivo agente de cura, portanto, parece ser um “negador” das habilidades profissionais. Esse é um dos paradoxos oferecido pelo paciente que está morrendo. Ele, pelo seu estado de perda crescente de capacidades, exige um conjunto de ações elaboradas que, necessariamente, não irão redundar em melhorias. Sua condição final clama por uma gama de conhecimentos que se mobilizam para acompanhar o morrer.

Nesse momento, é importante que o profissional reconheça sua impotência diante da morte. Aqui, ele transforma a impotência em solidariedade humana, disponibilizando-se para atuar sobre todas as formas de sofrimento, transcendendo a técnica, sentindo e, de certa forma, sofrendo junto as dores da perda. Não se luta mais contra a morte e sim contra a dor em todos os seus matizes. Nas palavras de Rubem Alves, “diante da morte todos somos solitários. Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela (...). E todos os seus fracassos (pois não estão, todos eles, condenados a perder a última batalha?) serão perdoados se, no nosso desamparo, percebermos que ele, silenciosamente, permanece e medita, junto conosco” (2002, p. 15).

Talvez devêssemos voltar às origens das palavras e recuperar-lhes os sentidos radicais. Hoje em dia, quando se pensa a expressão “paliativo”, logo vem à mente uma solução

improvisada, ação que não resolve o problema, apenas atenua os efeitos desagradáveis. Colocar um pano no fundo de uma pia “resolve” o problema do barulho da água ao pingar, mas não resolve o problema do gotejar em si. Mas na origem, paliar vem de pallium que literalmente significa manto, cobertura. Donde, palliare nos indica a ação de cobrir com um manto, dar abrigo e proteção. Ao “paliar” os pacientes estamos fazendo exatamente isso, só que agora nossos recursos vão muito mais além do que o uso de um manto. Temos ao nosso dispor tudo aquilo que a ciência produziu nos últimos séculos no que diz respeito ao controle da dor!

Acreditamos que mobilizar coletivamente os trabalhadores de saúde para que atuem no sentido de produzir uma “boa morte” transcende uma discussão meramente técnica da problemática, diz respeito também a um imperativo ético. A bioética visa ampliar para o campo da saúde toda a tradição filosófica que tenta entender e regular os princípios da ação humana, discutindo o que é o bem nesse agir e suas consequências para a vida de todos (BARCHIFONTAINE, 2001). Significa dizer que os profissionais de saúde devem ter a clareza de que suas atitudes não são meramente técnicas. Cada uma delas produz consequências diretas na vida de quem é cuidado e na vida das pessoas que estão ao lado do paciente. A percepção adequada é aquela que concebe o quanto determinada ação é boa em si mesma, na medida em que objetiva minimizar a dor e o sofrimento e, ao mesmo tempo, implementar a qualidade de vida do paciente.

Assim, todo trabalhador deve ter suas ações regidas sob o princípio da “não maleficência”, ou seja, minhas ações não podem deliberadamente produzir o mal; além do princípio da “beneficência”, ou seja, todas as ações devem ser produzidas para o bem (bem-estar emocional e físico, minimização da dor, apoio terapêutico e/ou paliativo), Estes princípios devem ser implementadores da “autonomia” do paciente, potencializando suas necessidades, focando a ação especializada e familiar em torno destas, e devem ser aplicadas com “justiça”, ou seja, exercidas de forma igualitária e integral.

6.4 Humanização da Ambiência para a Morte

Aqui a noção de “ambiência” extrapola a ideia tradicional de “ambiente”. Diz respeito ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional, e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2009).

Esta concepção produz algumas alterações na forma de organizar o ambiente do hospital. Os espaços de convivência podem ser redesenhados para se assemelharem a praças. O hospital pode ter apresentações de teatro e cinema, alguma rede de suporte comercial

em suas dependências e, talvez, o mais importante, deva ser, a maior parte do tempo, um sistema aberto às necessidades rotuladas como “externas” ou “do lado de fora”. Por exemplo, os horários de visita devem ser relativizados e não tomados como regras rígidas aplicadas, visando apenas ao interesse das rotinas hospitalares e não do proveito afetivo-emocional do paciente e sua família.

O espaço arquitetônico deve também ser redimensionado no que tange à forma como as pessoas são acolhidas, observando as cores das paredes, a temperatura, a iluminação, etc. Se reestruturar a ambiência é uma necessidade básica para humanizar a assistência hospitalar, é também fundamental para que o paciente, à beira da morte, possa ter uma vivência confortável e acolhedora. A visão do hospital como espaço “asséptico”, sob a égide do “reino do branco” e fechado como uma “instituição total” despersonalizante (GOFFMAN, 1974) precisa ser urgentemente superada.

Quando pensamos, porém, a ambiência hospitalar e a questão da morte, nos deparamos com uma contradição. Seria humanizar a morte nos hospitais ou tratar do direito da pessoa escolher o local onde deve morrer? Fazemo-nos este questionamento, contudo, a despeito de a morte haver sido transferida para o ambiente hospitalar, parece hoje que na maioria dos hospitais não existe uma ambiência que a assimile como um fato que exige a expressão de determinados comportamentos. Quando alguém morre, existe a tendência de que a emoção venha à tona de forma catártica. Muitas vezes, a equipe tem uma conduta inadequada ante tal expressividade. Uma das mais comuns é a tentativa de “medicalizar” o sofrimento da família como se o sedativo pudesse extirpar a dor, como se o calmante fizesse o choro “embaraçoso” desaparecer. A tentativa de “medicalizar” a emoção é um dos sintomas do despreparo para o enfrentamento da finitude nos hospitais.

Além disso, a maioria das pessoas sente o desejo de expressar necessidades espirituais nesses momentos. A crescente secularização da sociedade fez com que espaços destinados à vivência da espiritualidade (capelas, átrios, a existência de imagens de santos e outros símbolos religiosos) estejam gradualmente desaparecendo da ambiência hospitalar. Da mesma forma, se antes o cadáver esperava pelos serviços funerários em um necrotério guarnecido por símbolos religiosos, hoje, na maioria das vezes, ele jaz sobre um mármore frio na “companhia” de equipamentos hospitalares fora de uso e, suspeitamente, em grande parte das instituições hospitalares, seguirá pela mesma porta de saída onde o hospital escoo o lixo. Estaria a morte sendo tratada como “rejeito”?

Humanizar o trato com a morte significa, dessa forma, humanizar não só a atenção com a família, mas a forma como o cadáver é tratado, ressaltando o local da morte como um espaço a ser demarcado. Historicamente, essa demarcação sempre ocorreu pela sinalização de símbolos religiosos. Se o hospital deve se transformar num sistema mais aberto, então,

a presença de símbolos espirituais demarcando os espaços da morte é uma simples decorrência. Dessa forma, o necrotério deve oferecer condições onde a sacralidade da morte seja ressaltada (presença de símbolos, por exemplo).

Além disso, deve oferecer condições para que representantes dos familiares possam ter algum conforto físico (cadeiras ou bancos) enquanto esperam pelas providências de traslado. Na medida do possível, alguém da equipe pode ser deslocado para oferecer algum nível de apoio emocional ou buscar uma pessoa que possa oferecer assistência espiritual quando requisitada.

Para finalizar, é necessário que a conduta ética do trato do corpo possa se tornar uma prioridade. Sabemos que a realização do “pacote” obedece a ditames técnicos precisos. Na presença da família, entretanto, e na medida do possível, a necessidade técnica do preparo do corpo deve levar em consideração as necessidades dos familiares de algum contato físico com o cadáver (o beijo, o carinho, o passar a mão nos cabelos, o tocar as mãos). Os familiares, se assim desejarem, poderiam ajudar o trabalhador no preparo do corpo. Por fim, o próprio nome “pacote” deve ser questionado. Embora o cadáver não possua mais vida, ele ainda guarda a dignidade humana e, dessa forma, não pode ter um tratamento objetal. Só fazemos pacote de coisas, de objetos. Recomendamos, portanto, que a expressão seja substituída por outras que possam expressar melhor a relação da dignidade e do cuidado que devemos ter com o cadáver de um ser humano.

6.5 O cuidado de si mesmo

Mesmo que não tenhamos conhecimento especializado sobre as questões subjetivas que envolvem a relação “trabalhador-paciente”, a equipe deve compreender sensivelmente que lidar com a dor do outro parece ser algo essencial para uma boa atenção em saúde. Também é logo detectado, entretanto, pelo trabalhador, o fato de que lidar com a dor e o sofrimento significa, em maior ou menor grau, também sofrer e crescer como ser humano. Esse entendimento tem seu aspecto positivo, o de expressar a identificação necessária e o compartilhar de sentimentos comuns entre a equipe e o paciente.

Os trabalhadores de saúde, no entanto, tendem a, gradualmente, produzir um afastamento crescente do paciente, com a iminência da morte, quando não estão devidamente orientados ou ainda em situações nas quais a instituição não oferece suporte necessário. A esse comportamento chamamos de “caracteropatia” (NOTO, 1984), sendo comumente denominado pelos pacientes de “frieza” e “insensibilidade”. Em grande parte, essa frieza ocorre como uma estratégia defensiva do trabalhador para se proteger do sofrimento.

Na medida em que esta produz o embotamento afetivo/emocional por parte do trabalhador e tende a intensificar o sofrimento do paciente, parece-nos uma estratégia inadequada, pois o paciente e sua família se percebem num tipo de “solidão acompanhada”. Neste caso, o paciente e a família, embora percebam a presença física do profissional, têm suas necessidades do diálogo, comportamentos e emoções, diante da morte, secundarizados ou mesmo rejeitados pela equipe. Com o tempo, as tensões e dificuldades de lidar com a dor em momentos finais reprimidos se traduzem em sofrimento, que explode no seu próprio corpo. Aqui nos referimos aos distúrbios de natureza psicossomática resultantes da representação da vida emocional do trabalhador no corpo, agora transformado em palco de seus dramas e dilemas existenciais. Estar sempre alerta ao sofrimento no corpo e na mente é uma das pré-condições para oferecer boa assistência.

É importante também, no entanto, que a própria instituição possa oferecer algum suporte de resolubilidade para que o trabalhador tenha uma atenção adequada diante dos seus problemas de saúde. Lidar com o sofrimento alheio é algo muito desgastante, suscita questões que fazem o próprio sofrimento vir à tona, aumenta o risco de aparecimento de transtornos de base psicológica. Para cuidar bem do outro, é necessário que o trabalhador também se cuide e se ache cuidado.

Para um maior preparo acerca da finitude, propomos a formação para a Tanatologia, que permite aos profissionais o redimensionamento da sua qualidade de vida, a vivência de perdas/sentido de viver e a comunicação em momento de crise (como dar a má notícia, preparar as pessoas para uma morte iminente). Em um texto primoroso, Alves (2003) nos alerta para a ideia de como a Medicina está despreparada para agir diante da morte e do morrer. Sugere, então, uma nova especialidade no campo da saúde, a “moriendeterapia”. Imaginemos o profissional que esteja aparelhado para produzir a aceitação da morte não só daquele que esteja morrendo, mas também da equipe que cuida do moribundo. Acreditamos que, de certa forma, todos deveríamos ser um pouco “moriendeterapeutas”. Não se trata de começar a ter uma vivência mórbida da vida, mas de intuir com maior clareza o espaço que a experiência da morte ocupa no viver e, assim, buscar formas mais adequadas de se lidar com os momentos finais da vida.

6.6 Para “quebrar o gelo”, um pouco de poesia

É preciso conversar sobre a morte no trabalho. Sua vivência não pode ser percebida como elaboração isolada, algo restrito a individualidade de cada trabalhador. Pelo contrário. O impacto da morte de pacientes atinge a todos. Optamos por sugerir aqui um início de conversa. Tente sensibilizar seus colegas ou, se existir um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) no seu trabalho, tente mobilizar o GTH para implementar discussões

que tenham a morte como foco. O exercício a seguir é apenas uma sugestão. Pode ser livremente adaptado ou substituído para atender aos interesses mais específicos com base na realidade do trabalho de cada setor e/ou local. Os grupos devem ser multiprofissionais, variando de cinco a 25 participantes, a fim de facilitar o diálogo. O objetivo principal é trazer esta temática para as rodas de conversa nos serviços e possibilitar espaços de reflexão e compartilhar das experiências vividas pelos trabalhadores, e, quem sabe, até envolver famílias e pacientes. Aqui as possibilidades são muitas mas, para tal, temos que “quebrar o gelo” que ronda a vida quando o assunto é morte!

Na primeira parte do encontro, as pessoas serão estimuladas a contar suas primeiras experiências com a morte. Sugerimos, como ponto de partida, este poema de Mário Quintana:

Minha Morte Nasceu...

Mário Quintana para Moysés Vellinho

*Minha Morte nasceu quando eu nasci
Despertou, balbuciou, cresceu comigo
E dançamos de roda ao luar amigo
Na pequenina rua em que vivi*

*Já não tem aquele jeito antigo
De rir que, ai de mim, também perdi
Mas inda agora a estou sentindo aqui
grave e boa a escutar o que lhe digo*

*Tu que és minha doce prometida
Nem sei quando serão nossas bodas
Se hoje mesmo...ou no fim de longa vida*

*E as horas lá se vão loucas ou tristes
Mas é tão bom em meio as horas todas*

Pensar em ti, saber que tu existes

Fonte: (QUINTANA, 2005)

Na segunda parte da reunião, os participantes devem ser estimulados a compartilhar as experiências de morte mais marcantes no trabalho. Novamente, outro poema de Quintana como estimulador do debate.

Este quarto

Mário Quintana

*Este quarto de enfermo, tão deserto
de tudo, pois nem livros eu já leio
e a própria vida eu a deixei no meio
como um romance que ficasse aberto...*

*Que me importa este quarto, em que desperto
como se despertasse em quarto alheio?
Eu olho é o céu! Imensamente perto,
o céu que me descansa como um seio.*

*Pois só o céu é que está perto, sim,
tão perto e tão amigo que parece
um grande olhar azul pousado em mim.*

*A morte deveria ser assim:
um céu que pouco a pouco anoitecesse
e a gente nem soubesse que era o fim..."*

Fonte: (QUINTANA, 2005)

No final, deverá ser solicitado aos participantes que elaborem um painel com papel madeira, onde diferentes grupos irão sintetizar suas falas a partir de desenhos, recortes de revista e frases. Sugere-se terminar a atividade com a música “Amanhã”, de Guilherme Arantes.

6.7 Considerações finais

É normal e esperado que a dor e o sofrimento estejam associados à morte. Mas nosso objetivo com esse artigo não foi contaminar o leitor com divagações depressivas. Pelo contrário. Talvez a busca de alegria e felicidade se imponham por conta da vida ser um tesouro muito precioso e com breve duração. Mas temos que levar em conta que a maneira como lidamos com os nossos mortos pode nos dizer muito sobre a forma como estamos lidando com os vivos. Os mortos, de forma anárquica, subvertem todo nosso plano de vida. Não são mais consumidores, deixaram de ser coniventes com as normas sociais, não se importam mais com as convenções! Tornam-se lembretes de que algo vai errado nessa vida esvaziada de ritos e submissa aos desejos de consumo no mercado. Perguntam-nos sobre o que desejamos para a nossa vida. Como nos alerta Norbert Elias, a morte é um problema dos vivos!

Muitas tarefas estão sendo impostas pela necessidade de se construir uma “boa morte”. Urge redesenhar processos de trabalho em saúde, atuar sobre a cultura da negação e ocultamento da morte, (re)construir a subjetividade de trabalhadores e usuários mais aberta a uma nova arte de morrer que torne possível ações mais dignas, éticas e humanas no lidar com a morte. Há que se buscar encantamento e beleza até o último momento. Viver, entre muitas definições é a capacidade de usufruir o belo. Assim, o pensar a morte nas práticas de saúde significa buscar uma nova estética onde a morte não seja associada apenas a dor e ao sofrimento, mas também como expressão do viver.

Precisamos urgentemente humanizar a morte e o morrer. O raciocínio é singelo: se humanizarmos a morte e o morrer, tarefa tida como mais árdua, então o restante será mais fácil. Manejaremos melhor a nossa dor, aprenderemos a viver melhor o encontro com a vida mesmo em seus aspectos mais vulneráveis. Tomaremos então consciência plena de que não somos curadores, somos antes de tudo produtores da vida, algo tão precioso, posto que finito!

Referências

- ALVES, R. **Teologia do cotidiano**. São Paulo: Ed. Olho D’água; 1994.
- _____. Sobre a morte e o morrer. **Folha de São Paulo**. Caderno “Sinapse”, p. 3,12 out. 2003.
- _____. **O médico**. Campinas: Papyrus, 2002.
- BARCIFONTAINE, C. P. **Bioética, alguns desafios**. São Paulo: Loyola, 2001.
- BELLATO R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 99-104, 2005;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Alívio da dor no câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Código dos direitos do paciente**: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde/SUS. Fortaleza: [s. n.], 2005.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GORER, G. The Pornography of Death. In: DEATH, grief, and mourning. New York: Anchor Books, 1965
- KOVACS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- LAMAS, M. **Mitologia geral**: o mundo dos deuses e dos heróis. 2. ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1973.
- MARANHÃO, J. L. S. **O que é a morte**. São Paulo: Brasiliense, 2005. 74 p. (Coleção Primeiros Passos).

MENEZES, Rachel A. **Em busca da boa morte:** antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2004.

NOTO, J.R. A emergência de caracteropatia profissional em estudantes do quinto ano médico. **Boletim de Psiquiatria**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 101-107, 1984.

PASSOS, Eduardo (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004. 319 p.

QUINTANA, M. **Poesia completa.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.

SAUNDERS, C.; BAINES, M.; DUNLOP, R. **Living with dying:** a guide to palliative care. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Coletânea de textos.** São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os pensadores).

ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte.** Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

7

o processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiros: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS

Milena Maria Costa Martins 1
Sheylla Maria Moura Rodrigues 2
Shirley Monteiro de Melo 3
Maria Teresa da Costa Freire 4

¹Médica Infectologista da Sesap-RN, especialista em Gestão de Hospital Público. Diretora Geral do Hospital Giselda Trigueiro. E-mail: mimcm@uol.com.br

²Psicóloga da Sesap-RN. Consultora da PNH-MS no Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: sheyllamaria@uol.com.br

³Psicóloga, Bióloga da Sesap-RN. Integrante da equipe hospitalar e do Colegiado Gestor do Hospital Giselda Trigueiro. Apoiadora da PNH na Rede HumanizaSUS. E-mail: sh.mm@terra.com.br

⁴Psicóloga da Sesap-RN. Integrante da equipe hospitalar e do Colegiado Gestor do Hospital Giselda Trigueiro. Apoiadora da PNH pela Sesap-RN. E-mail: teresaf@uol.com.br

Nota: Este texto é inédito, e caracteriza uma cocriação a partir dos relatos de experiências e reflexões por parte das autoras, acerca de suas vivências no processo de Cogestão do Hospital Giselda Trigueiro, bem como nas rodas de encontros e estudos, acerca da Política Nacional de Humanização do SUS.

Resumo

Pensar a gestão e a atenção da saúde no trabalho hospitalar de forma qualificada pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) é, antes de tudo, rever relações entre saberes, poderes e afetos no cotidiano do SUS, como relações que são atravessadas por tecnologias biomédicas, mas também tecnologias relacionais. Com base em diretrizes, métodos e dispositivos da PNH, vivenciamos ao longo dos últimos anos enfrentamentos, avanços e novos desafios no caminho da implantação da Gestão Participativa no Hospital Giselda Trigueiro, localizado em Natal, no Rio Grande do Norte. Trazemos o percurso metodológico trilhado em busca da cogestão, com movimentos entrelaçados e implicados por sentimentos coletivos. Apresentamos parte desta trajetória em andamento, a qual enfatiza o movimento “susista”.

Palavras-Chave:

Gestão Colegiada. Redes. Método da Roda. Sentimento “susista”.

7.1 Introdução

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), o hospital é parte integrante do sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde tanto curativa como preventiva (BRASIL, 2004a). Ao longo dos anos os hospitais têm se apresentado como organizações formais e hierarquizadas, funcionando como centro do sistema de saúde que atrai uma demanda inadequada e sobrecarrega todos os seus serviços, fato mais evidente nos setores de urgência, emergência e até mesmo nas enfermarias. A importância dos hospitais na organização da rede de assistência é dada pelos tipos de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, como também pelo volume de recursos consumidos por ele. Historicamente construiu-se um modelo de organização de saúde hospitalocêntrico.

No Brasil, a Atenção Hospitalar tem sido um dos principais pontos de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde, pois há uma supervalorização dos hospitais enquanto espaço de produção de conhecimentos e ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção. A rede hospitalar brasileira é bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade dos serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, evidenciando o claro desequilíbrio regional (BRASIL, 2004a). Por lidar com pessoas gravemente enfermas, agudas e com risco de morte, adquire sob a perspectiva dos usuários, uma grande importância dentro da rede, o que de certa forma resulta em um isolamento em relação ao sistema de saúde como um todo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza um novo papel para os hospitais como sendo um local para manejo de eventos agudos; um local para análise das possibilidades e benefícios terapêuticos, com densidade tecnológica compatível e trabalhando com eficiência e qualidade (BRASIL, 2004a). Na doutrina fundadora do sistema público de saúde, Campos, Amaral (2007) identifica o hospital como fazendo parte de uma rede de atenção à saúde, devendo funcionar de forma articulada com outras organizações.

Cecílio (2000) defende a ideia do hospital como espaço de defesa da vida, traduzido como aquele hospital comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas. Porém, as habilidades e a formação de força de trabalho, a estrutura organizacional complexa e a natureza delicada do serviço prestado, ao longo dos séculos, tem tornado os hospitais instituições efetivamente de difícil gerenciamento. Somam-se a isto as dificuldades geradas pelos aspectos financeiros, políticos, assistenciais, conflitos existentes entre as diversas categorias profissionais, pouco investimento na formação de gestores das unidades hospitalares, pouca vinculação entre trabalhadores e usuários, precarização das relações de trabalho, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e baixo

investimento em educação permanente. “Os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas” (HENNINGTON, 2008).

Modelos de administração verticalizados como aqueles que vêm sendo praticados ao longo dos anos, de forma hierarquizada, com múltiplas relações de poder, contribuem para a centralização da gestão de forma pouco democrática. Todos esses fatores geram escassez de vínculos entre trabalhadores e usuários, refletindo em diminuição da responsabilização e consequente queda na qualidade da atenção prestada. Sendo assim, é preciso avançar, e muito, na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Para que isto ocorra é necessário mudar a concepção dos trabalhadores quanto ao seu papel dentro da organização. A transformação do modelo gerencial baseada na produção do cuidado, de forma mais integral com uma lógica mais democrática, é fundamental para organizar os processos de trabalho, de forma coletiva.

Cuidar e gerir processos de trabalho em saúde compõe, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como melhor qualificar a atenção e o cuidado em saúde da população usuária, sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Pensar a gestão de um hospital é, antes de mais nada, rever as relações entre saberes, poderes e afetos nas relações cotidianas que são atravessadas por tecnologias biomédicas, mas também tecnologias relacionais.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, é fruto de um debate entre sanitaristas, gestores e profissionais de saúde, interessados em fazer avançar os princípios do SUS, de acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão, segundo as necessidades de saúde da população brasileira. Dessa forma a PNH coloca-se como protagonista neste debate contribuindo para o fortalecimento e alcance destes princípios. Nesse sentido, a filosofia HumanizaSUS não pode se resumir a “ações humanitárias”, mas como uma filosofia prática, surge de iniciativas mais integrais no cuidado em saúde pública, novos modos de fazer, que passam a refletir práticas de atenção e gestão da saúde, alimentadas por compromissos éticos e políticos, construídos coletivamente.

Operando com o princípio da transversalidade, a PNH lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação entre diferentes “modos de fazer”, saberes, sujeitos, e coletivos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada em saúde pública (BRASIL, 2008a).

São princípios básicos da Política Nacional de Humanização: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; contágio por atitudes e ações que fortalecem as redes do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

A PNH oferece, portanto, instrumentos para diminuir a alienação ou a burocratização existente entre os servidores públicos, motivando-os e ampliando sua capacidade de reflexão e autoestima, contribuindo assim para a modernização da gestão hospitalar, tornando-a democrática e participativa, apoiada na mobilização dos coletivos existentes no hospital, em torno da construção de um projeto de qualificação da assistência.

Com base em diretrizes, métodos e dispositivos da Política HumanizaSUS ou PNH, vivenciamos ao longo dos últimos anos enfrentamentos, avanços e novos desafios no caminho da implantação da Gestão Participativa no Hospital Giselda Trigueiro, o qual é referência estadual em urgência e emergência para doenças infecto-contagiosas, estando localizado na capital do Estado do Rio Grande do Norte, em Natal.

Apresentamos aqui parte desta trajetória, a qual continua em andamento.

7.2 O Hospital Giselda Trigueiro

O Hospital Giselda Trigueiro foi fundado em 1943, com o nome de Hospital Evandro Chagas, destinado ao isolamento de portadores de doenças infecto-contagiosas. Ao lado dele funcionava o Sanatório Getúlio Vargas, para internamento de pacientes acometidos por Tuberculose Pulmonar.

Em 1982, com a retificação do Programa de Tuberculose que incluía essa patologia à rede ambulatorial, houve fusão dos dois hospitais prevalecendo a denominação de Hospital Evandro Chagas, sob a direção da Dra. Maria Giselda da Silva Trigueiro, médica infectologista, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Após a morte da mesma, em 11 de maio de 1986, houve a mudança do nome Hospital Evandro

Chagas para Hospital Giselda Trigueiro, num gesto de reconhecimento pelo muito que esta profissional realizou na trajetória acadêmica e assistencial, ou seja, na formação e na intervenção em saúde pública.

Na busca de um novo modelo de atenção e gestão, e como referência estadual em doenças infecto-contagiosas, o Hospital Giselda Trigueiro vem trabalhando no processo de implantação de gestão participativa/cogestão/gestão colegiada, de forma a redirecionar o atendimento ao usuário para uma abordagem mais humanizada de cuidados e atenção em saúde. Com 22 unidades o HGT integra a rede hospitalar e de assistência à saúde da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap-RN).

Localizado no Distrito Sanitário Oeste de Natal, bairro das Quintas, o HGT oferece assistência exclusiva ao usuário SUS. Busca um atendimento de qualidade com tratamento ético e humanizado, além de ações para o ensino e a pesquisa, provendo a saúde e o saber, uma vez encontrar-se inserido neste hospital o Departamento de Infectologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), constituindo-se assim, em porta de entrada para estudantes de medicina e residência médica em infectologia. Também é campo de estágio para várias instituições voltadas à formação profissional em saúde de várias categorias, nos níveis técnico, graduação e pós-graduação.

7.2.1 Serviços disponibilizados pelo hospital

Em relação ao tipo de atenção, o hospital divide a prestação de serviços entre internação hospitalar, hospital-dia e ambulatório (destinado aos programas de Hanseníase, Tuberculose, DST/Aids, Esquistossomose, Doença de Chagas, Hepatites Virais e Leishmaniose). Possui 125 leitos distribuídos em enfermarias de Aids, tisiologia, infectologia geral, infectologia pediátrica e unidade de terapia intensiva (UTI). Conta, ainda, com cinco leitos de hospital-dia, 30 no Programa de Internação Domiciliar (PID) e 16 leitos de observação no pronto-socorro. Mensalmente realiza, em média, 4.000 atendimentos no pronto-socorro, 1.300 atendimentos no ambulatório e 220 internações hospitalares. Conta com serviços de urgência/emergência atendendo demanda espontânea e referenciada. É referência, ainda, em imunobiológicos especiais e informações toxicológicas.

7.2.2 Historiando as dificuldades e a busca por mudanças no HGT

Apesar dos problemas existentes, o hospital tem sido tradicionalmente reconhecido, tanto pelos usuários quanto pela rede, como uma instituição que tem prestado um atendimento de qualidade, sempre norteado pelos princípios do SUS. Como em outras instituições de

saúde, os inúmeros conflitos existentes dificultam ao hospital o cumprimento da sua missão de forma mais qualificada, sendo necessário vencer desafios como subfinanciamento do sistema, universalização da atenção e a participação do controle social.

Possui parcial autonomia administrativa financeira, podendo planejar e executar despesas com material de consumo, material permanente e pessoa jurídica, não contemplando a área de engenharia, ou seja, dificultando, assim, a execução de obras para melhorias físicas. As licitações são limitadas com valor orçamentário máximo de R\$ 80.000,00 por processo licitatório do mesmo objeto.

O Hospital Giselda Trigueiro, desde a sua fundação, assim como a grande maioria das instituições hospitalares do país, sempre teve um modelo de gestão centralizado, com pouco espaço para as ações democráticas, com comandos verticais, tanto da direção quanto dos vários corpos profissionais, gerando excessivo formalismo nas comunicações, autoritarismo nas relações entre os níveis hierárquicos, com processos de gestão envolvendo estruturas pouco flexíveis. Também se verificou certo grau de autoritarismo e impessoalidade no trato com os pacientes e seus familiares, comprometendo uma assistência de melhor qualidade.

Ao longo dos anos a gestão de modelo pouco democrático contribuiu para gerar conflitos internos entre os trabalhadores, com a repetição de práticas de trabalho mecanizadas que pouco possibilitaram a produção de sujeitos capazes de transformar o modo de gerenciar e fazer saúde. Soma-se a isso, a falta de uma política de recursos humanos voltada para a valorização do trabalhador de uma forma integral, abordando aspectos que envolvam desde a saúde do servidor até sua qualificação profissional, bem como um déficit crônico de recursos humanos, ocasionando sobrecarga de trabalho que tem refletido na qualidade do serviço prestado aos usuários, no grau de satisfação profissional dos trabalhadores, e o conseqüente reduzido envolvimento de corresponsabilização com a gestão do hospital.

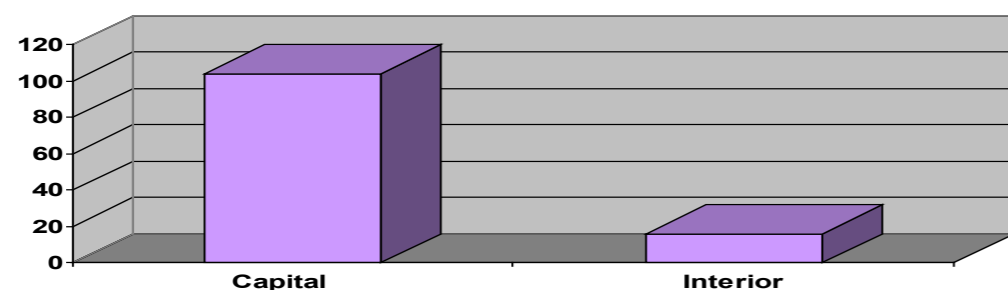
A situação mostrou-se agravada pela desarticulação da rede de atenção à saúde, com baixa resolutividade e precariedade no funcionamento de muitos serviços, ocasionando uma demanda exagerada de pacientes, que na sua maioria seria responsabilidade da atenção básica, sobrecarregando os atendimentos hospitalares, dificultando assim um atendimento humanizado e qualificado.

7.2.3 Analisando a demanda do HGT

A procedência dos pacientes atendidos pelo pronto-socorro constitui-se em cerca de 90% do Município de Natal, principalmente originado a partir do Distrito Sanitário Oeste.

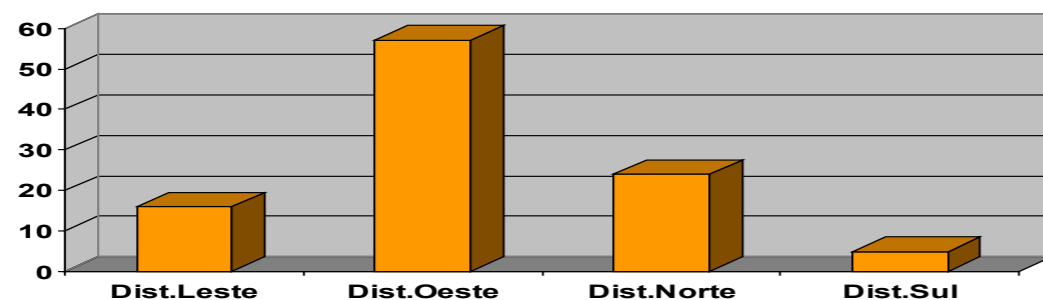
Apesar de ser um hospital de referência em infectologia, cerca de 45% da sua demanda é composta por pacientes não portadores de doenças infecciosas, como: pneumopatias crônicas, úlceras de membros inferiores, doenças dermatológicas, doenças hematológicas, neoplasias, dentre outras.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de acordo com a procedência de pacientes atendidos no pronto-socorro do HGT



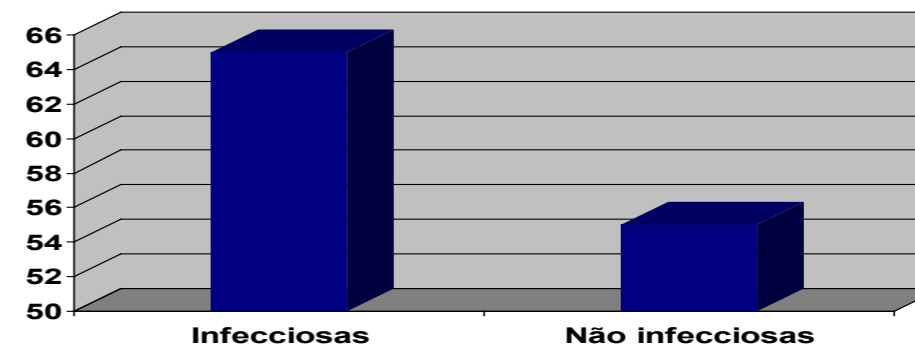
Fonte: (SAME/HGT/ 2009.1).

Gráfico 2 – Distribuição percentual de acordo com a procedência de pacientes atendidos no pronto-socorro do HGT, por Distrito Sanitário do Município de Natal



Fonte: (MIRANDA; OLIVEIRA, 2007).

Gráfico 3 – Distribuição percentual por hipótese diagnóstica de doenças infecciosas e não infecciosas



Fonte: (MIRANDA; OLIVEIRA, 2007).

Outro fator importante que contribui para a perpetuação dos problemas é o fato do hospital possuir uma autonomia administrativa financeira apenas parcial, levando a uma dependência importante do nível central para a gestão dos recursos, principalmente no que se refere a readequações na estrutura física, aquisição de novos equipamentos, contratação e qualificação de trabalhadores.

A ideia da construção de uma gestão democrática e participativa para o HGT teve origem em 2007, quando um grupo de profissionais médicos do hospital solicitou ao então Secretário Estadual de Saúde que acatasse a indicação de um nome escolhido dentro do corpo clínico, para que fosse nomeado para a direção geral. Acolhida esta sugestão, foi indicada e nomeada para o cargo uma médica plantonista do pronto-socorro, que assumiu a função em julho daquele ano, já demonstrando o desejo e a disposição de consolidar um processo de mudança no modelo da atenção e da gestão, com foco na gestão compartilhada.

Neste mesmo período a Sesap também discutia com o conjunto de gestores e trabalhadores da rede estadual, uma proposta de reorganização dos serviços que tinha como eixo de intervenção consolidar o SUS, qualificar e humanizar a assistência, avançar na gestão de trabalho, qualificação administrativa, bem como no controle social. Desde então, esse processo em busca de mudanças e da corresponsabilização na atenção e na gestão se fortalece na rede.

No Hospital Giselda Trigueiro foi desencadeado um processo de discussão da importância da gestão compartilhada com a participação de profissionais, trabalhadores e gestores do hospital, existindo um entendimento de que este é o caminho necessário para a construção de um modelo de assistência qualificado e humanizado. Surgiu então primeiramente, a necessidade de uma gestão que promovesse uma maior participação dos trabalhadores

e profissionais nas decisões da unidade hospitalar, aumentando-se o grau de implicação e satisfação com o trabalho, não apenas em seus setores específicos, mas no maior envolvimento dos mesmos com a realidade mais ampla do Hospital.

7.3 Nosso percurso metodológico de cogestão

Iniciamos um trabalho intenso, coletivo e desafiador que tem como objetivo geral promover mudanças nos processos de trabalho da gestão e da atenção, através da valorização e estímulo à participação dos trabalhadores e usuários no planejamento das ações, possibilitando dessa forma o sentimento comum de corresponsabilização pelo destino do hospital. Deste contexto inicial, mantivemos a busca pelo fortalecimento dos seguintes objetivos mais específicos:

- a) Implantar uma gestão participativa com um movimento de modificações no estilo de gerenciamento e comportamento dos profissionais envolvidos no processo de trabalho com compartilhamento dos vários saberes;
- b) Implantar uma gestão democrática investindo na construção de projetos coletivos para que seja possível identificar a qualidade da assistência prestada através de indicadores pactuados;
- c) Consolidar e ampliar as diretrizes da Política Nacional de Humanização dentro da instituição através da implantação de unidades funcionais de produção e colegiado gestor, bem como criar estratégias para a responsabilização e vinculação das equipes com os usuários.

Para alcançar os objetivos propostos optou-se, inicialmente, por escolher um determinado setor do hospital, para iniciar a construção do trabalho de cogestão. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi o setor escolhido, por se tratar de ambiente fechado e destacado entre os demais por ter processos de trabalho melhor organizados, com equipe de trabalhadores intensamente comprometidos com as ações do cuidado.

O processo foi iniciado em setembro de 2008, em reunião com as chefias médica e de enfermagem, e com a presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, para apresentação e avaliação da ideia. Nessa ocasião, ficou agendada para outubro uma nova reunião com os trabalhadores da UTI e chefes dos outros setores do hospital.

Como estratégia elaboraram-se convites nominais, objetivando a valorização do profissional de saúde em sua subjetividade, gerando compromisso com a presença. Na oportunidade foi apresentada e discutida a Política Nacional de Humanização, conceitos de gestão

participativa e cogestão, bem como os benefícios que a implantação da proposta traria para a qualificação dos serviços. Foram apresentados ainda dados estatísticos relativos à UTI através de indicadores de qualidade e produtividade. Estiveram presentes cerca de 80% dos trabalhadores convidados, os quais demonstraram forte interesse para adesão ao projeto, embora manifestassem certo descrédito, gerado por experiências anteriores malsucedidas. Definiu-se que seriam escolhidos representantes para a formação de um núcleo coordenador da unidade, e foram apresentadas propostas para melhor organização do serviço. Ao final da reunião houve um momento de confraternização com café da manhã.

No mês de novembro de 2008 realizou-se reunião com o núcleo coordenador escolhido, composto pelas chefias médica e de enfermagem e por representante dos técnicos de enfermagem. Nesta oportunidade foram discutidas estratégias para o desenvolvimento do projeto e elaborada proposta para o planejamento de 2009. A partir destas reuniões, percebeu-se o entusiasmo e a disposição dos trabalhadores da UTI em acolher este novo modelo de gestão, ao mesmo tempo em que trabalhadores de outros setores manifestavam interesse em conhecer o projeto, questionando o motivo de sua implantação apenas na UTI, ficando evidente a necessidade de ampliar o projeto para o hospital como um todo.

Ainda em novembro, a direção adotou como ferramenta de gestão para todo o hospital, a realização de **planejamento estratégico**. Foram realizadas então, reuniões e oficinas com diversos setores objetivando a elaboração do planejamento para 2009. Em reuniões administrativas com chefias, as propostas foram apresentadas para conhecimento de todo o grupo.

A partir de dezembro de 2008, iniciaram-se rodas de conversa envolvendo gestores e trabalhadores dos diversos setores com a finalidade de construirmos um grupo de trabalho no hospital voltado para a proposta da gestão participativa. Em um primeiro momento foram convidados servidores que sempre se destacaram por assumir posturas de liderança e comprometimento com o serviço. Continuou-se utilizando a estratégia de convites individuais, a fim de fortalecer a fidelidade dos encontros, bem como se manteve a linha de discussão, abordada na reunião da UTI.

Para a primeira reunião foram convidados cerca de 50 servidores, tendo comparecido 32 destes. A receptividade foi excelente, com depoimentos de vários trabalhadores sobre situações vivenciadas ao longo das gestões, despertando o interesse em resgatar valores como trabalho em equipe e qualidade da assistência. Foi lembrada a experiência exitosa da enfermagem de pediatria, iniciada em 1992 quando um grupo de trabalhadores das várias categorias profissionais se articulou para estruturar o setor adequando-o ao Estatuto da Criança e do Adolescente, de forma a oferecer uma assistência qualificada e humanizada,

em uma época na qual ainda não se falava em Política Nacional de Humanização. Trata-se, este exemplo, de um entre tantos **modos de fazer** o SUS que dá certo, entre os quais, posteriormente a própria PNH surge, com o sentido de valorizar, defender e fortalecer tais protagonismos. Apesar do sucesso da experiência naquela época, por motivo de reforma no hospital a enfermaria foi desativada em 2002. Um sentimento de frustração existe até hoje entre os trabalhadores, em especial, naqueles que fizeram parte da equipe, por não entenderem a forma como se deu a desativação da unidade. A atual gestão empenhou-se para reativar a obra da enfermaria, reiniciada em março de 2009, possibilitando assim o resgate da autoestima da equipe a partir da reestruturação da unidade de pediatria, hoje concluída e reativada.

Na continuidade do projeto de cogestão, discussões e debates enfatizaram a importância de constituir parcerias intersetoriais com a rede de saúde, lideranças comunitárias, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc), e com segmentos organizados do controle social, dentre os quais, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde da Cidade do Natal. A proposta foi sendo fortalecida internamente, até que passou a receber apoio por parte da consultoria da Política Nacional de Humanização para o Rio Grande do Norte, bem como apoios locais da Coordenadoria de Recursos Humanos, e do Núcleo Estadual de Humanização, ambos da Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap).

Durante o processo foi escolhido um **comitê** com representantes de várias categorias profissionais, objetivando estruturar internamente a condução desse processo. Além disso, ainda no mês de dezembro de 2008 realizou-se reunião da direção do hospital com a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, vislumbrando-se parcerias para a implantação do projeto.

Concomitantemente foi elaborado **cronograma de reuniões setoriais** para a consolidação e propagação da ideia de cogestão. Nestas reuniões colocaram-se em pauta também as dificuldades do setor, bem como sugestões de resolução das mesmas. Como exemplo da importância deste trabalho, destaca-se que na primeira reunião realizada com os maqueiros, encontravam-se presentes apenas dois de um total de 13 destes trabalhadores. Embora a frequência tenha sido pouca representativa, a reunião foi bastante produtiva e estimulante para todos, de tal forma que foi agendada uma nova reunião com intervalo de cinco dias, que contou com o comparecimento de dez maqueiros.

Também foi apontada a necessidade da **elaboração de uma proposta para capacitação** de gestores, representantes dos trabalhadores de diversas categorias, e do controle social, com a realização de um seminário marcado para o dia 22 de abril de 2009, objetivando-se a divulgação e sensibilização da proposta de gestão participativa.

Neste seminário, estiveram presentes representantes do Ministério da Saúde e do Hospital Odilon Behrens, instituição modelo de gestão participativa em nível nacional, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Contando com o apoio e a participação inicial dessa instituição, a partir do mês de junho de 2009 demos início ao Curso de Capacitação em Gestão Participativa para gestores, e trabalhadores do HGT, através de curso estruturado em 12 módulos mensais, dos quais seis já foram realizados, caracterizando um estudo teórico-prático e coletivo, nos seguintes temas:

19/6/2009: **I Módulo** – O Desafio de uma Gestão Participativa na Rede Hospitalar Pública do RN – Facilitadora: Andréia Augusta Diniz Torres. Enfermeira e Diretora de Assistência à Saúde do Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte-MG).

31/7/2009: **II Módulo** – Organização e Gestão do Trabalho no Hospital- Facilitador: Prof. Dr. Cipriano Vasconcelos (Nesc/UFRN).

28/8/2009: **III Módulo** – Organização dos Processos de Trabalho nas Unidades Funcionais – Facilitadora: Profa. Dra. Liane Beatriz Righi (Universidade Federal de Santa Maria-RS) – Apoiadora da PNH.

2/10/2009: **IV Módulo** – A Construção das redes de atenção no SUS: Interrogando o hospital público neste contexto. Facilitador: Prof. Dr. Lúcio Flavio de Sousa Moreira (Nesc/UFRN). Colaboradores: Teresa Freire (HGT) e Miranice Nunes (SMS – Natal) Apoiadoras da PNH.

06/11/2009: **V Módulo** - Planejamento e Gestão: Técnica e Trabalho. Facilitador: Prof. Dr. Cipriano Vasconcelos (NESC/UFRN).

5/2/2010: **VI Módulo** - “Planejamento na Cogestão – Missão e Prioridades das Unidades de Produção do HGT”. Facilitador: Prof. Dr. Cipriano Vasconcelos (Nesc/UFRN).

Como parte do nosso processo metodológico de implantação gradual da Gestão Participativa, iniciamos uma **reelaboração do organograma** institucional do HGT, ao qual se seguirá a elaboração de um novo Regimento Interno para o hospital, tendo como foco a cogestão e a reorganização dos serviços através da criação de **Unidades Funcionais de Produção**, constituídas pela agregação de setores e serviços afins, visando ao favorecimento das tecnologias relacionais, ou seja, maior fluxo de comunicação e pactuações entre esses serviços no cotidiano da atenção e da gestão. Como outro importante foco do novo Regimento Interno, instituiremos **Linhas de Cuidado** definidas pelo perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo hospital, quais sejam: pacientes portadores de HIV/aids, tuberculose, infectologia geral e pediátrica. Cada Unidade Funcional (Unidade de Produção) passa a ser administrada por uma **Gerência** escolhida e nomeada pela

Direção Geral, acompanhada pelo **Colegiado Interno**, escolhido pelos trabalhadores de cada unidade.

A partir dos **Colegiados das Unidades Funcionais**, estamos dando início à constituição do **Colegiado Gestor Ampliado**, como órgão consultivo presidido pela Direção Geral e demais diretores que formam a Direção Executiva, onde incluem-se ainda os Gerentes das Unidades, e representantes dos trabalhadores e usuários.

Dentro desse Projeto Metodológico, pretende-se instituir um responsável técnico para cada categoria profissional da área de saúde, com o objetivo de definir as normas e os parâmetros técnicos de cada especialidade, de forma a zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas, no exercício das atividades afins. Sentimos necessidade também de implantarmos no hospital, um serviço de **ouvidoria**; processo que vem sendo discutido na amplitude da rede estadual, a partir do Núcleo Estadual de Humanização da Sesap em consultoria com a PNH, e diversos setores estaduais.

Articularam-se ao longo dos últimos meses, fóruns de discussão com gestores e trabalhadores da Rede Básica de Saúde do Distrito Oeste, para apresentação da implantação desta nova dinâmica de Gestão a Atenção Hospitalar do HGT; com destaque para análises e reflexões acerca da implantação do dispositivo **“Acolhimento com Classificação de Risco”** (ACCR) aos usuários do pronto-socorro do hospital, maioria demanda espontânea, ou encaminhados pelas unidades básicas deste Distrito Sanitário.

7.4 Movimentos entrelaçados: sentimentos vivenciados

A PNH no RN vem apostando na força dos trabalhadores e gestores interessados em participar do encontro de pessoas que se potencializam a partir do diálogo e das experiências exitosas, já vivenciadas no SUS, afirmando assim a grande corrente em nível nacional que valoriza um “SUS que dá certo”. Essa grupalidade, inicialmente surgida entre 2006 e 2007 tem se fortalecido até aqui e experimentado de muitas maneiras, desejos potentes de transformação. A ‘grupalidade HumanizaSUS’ que atua na Saúde Pública do estado como um todo, efetivou um Comitê Estadual de Humanização para a condução da política, e a Secretaria Estadual de Saúde criou um Núcleo Articulador da Política Estadual de Humanização com a função de costurar a política dentro da Sesap. Com o apoio da Consultora Nacional da PNH em nosso estado, e a partir do Comitê e do Núcleo, potencializaram-se os Fóruns Estaduais de Humanização onde se discute e se troca experiências sobre as práticas nos serviços. Dessa forma, a PNH em nível estadual tem incentivado movimentos de mudança nas portas das urgências e emergências com a implantação do acolhimento e, em alguns hospitais, com o ACCR, além de incentivar a

implementação de outros dispositivos como a visita aberta já presente em muitos hospitais, rodas de estudo e projetos de ambiência. Este mesmo movimento estadual, à luz da PNH e da Rede HumanizaSUS, criou uma rede virtual para discutir o SUS local, que abriga mais de 200 trabalhadores, gestores e colaboradores da saúde pública estadual e municipal, em contato diário, trocando ideias sobre os problemas vivenciados nos serviços. Sem dúvida, este cenário externo se traduz como bastante favorável aos movimentos do Hospital HGT. Neste caminho acumularam-se forças e a PNH foi inserida em processos importantes, dos quais destacam-se a reestruturação das regiões estaduais de saúde, com a consequente formação dos Colegiados de Gestão Regional por todo estado; assim como o processo de implantação da Gestão Colegiada, ou cogestão no Hospital Giselda Trigueiro. Estas duas propostas radicalizam o fazer democrático na descentralização das decisões, na inclusão dos saberes, no respeito ao trabalhador e na construção coletiva. Nesse sentido, esses processos têm merecido a atenção e o apoio da PNH.

Particularmente para o HGT, este caminho tem sido realizado, como diz o povo, “com a cara e a coragem”, e se nos primeiros momentos as pessoas mais envolvidas com as propostas de mudança tinham certa desconfiança de que tudo aquilo não passaria de um “grande desejo”, hoje podemos afirmar que qualquer desânimo tem cedido lugar, cada vez mais, a uma potência adquirida que se fortalece entre os trabalhadores, a cada encontro. Dentro das ações da PNH no estado, podemos dizer que mudar o modelo de gestão do Hospital Giselda Trigueiro, tem sido o nosso grande desafio. Além de contribuir com mudanças na qualidade do trabalho e na relação dos profissionais de saúde entre si, e com os usuários do hospital; esta experiência também se reflete como uma proposta inovadora para as demais unidades que compõem a rede de assistência hospitalar, já que neste momento a sociedade e os trabalhadores discutem a problemática da Saúde Pública no estado.

Sentimos como imperiosa a necessidade de rodas de reuniões constantes a fim de darmos consistência aos processos iniciados, visando avaliar a metodologia adotada para poder definir, com clareza, o rumo a seguir em cada etapa. Isto exige tempo e dedicação dos envolvidos. Para tanto, criamos a estratégia chamada por uma de nossas companheiras de “modelo multiações” o qual instituiu três frentes de trabalho, na forma de três diferentes rodas de encontros que, desde maio de 2009, acontecem sistematicamente, dentro do hospital:

- Comitê de Coordenação Ampliada: Constituindo reuniões mensais, com finalidade técnica-operacional, para estruturar internamente a condução do Projeto da Gestão Participativa, a partir do apoio de grupos e reuniões setoriais;
- Grupo de Trabalho em Humanização – GTH Ampliado: reuniões quinzenais e abertas aos participantes de primeira vez, que são acolhidos em uma Roda que

prioriza a escuta e o acolhimento, tendo como referência o método PNH da tríplice inclusão: das subjetividades, do coletivo, e da tensão dos conflitos.

- **Pré-Configuração** do Colegiado Gestor do Hospital em **ensaios** com Colegiados Gestores de Unidades: reuniões quinzenais que, a partir da reflexão e discussão acerca dos significados e analisadores constatados nas experiências acima, visam ao amadurecimento e à elaboração dos passos seguintes.

É verdade que encontros vivos, realizados através de inúmeras rodas têm evidenciado dentro do hospital muitas adversidades, mas paradoxalmente também a sua potência. Como mostra destas tensões dinâmicas, cita-se a seguir uma condensação das expressões colhidas em dinâmica de grupo, realizada em roda de discussão, da qual participaram 26 trabalhadores e gestores do hospital, distribuídos em seis grupos. Entre outras atividades, a dinâmica apresentou quatro questões consideradas essenciais para a reflexão do trabalho cotidiano no HGT: **Questão A** – Quais são nossas maiores forças? / **Questão B** – Quais são nossas maiores fraquezas? / **Questão C** – Quais são nossas maiores oportunidades? / **Questão D** – Quais são nossas maiores ameaças?

Como elementos significativos de suas **maiores forças**, no cotidiano hospitalar, os participantes, em sua maioria, citaram a “condição de cuidar e ser útil ao paciente, usuário do SUS”.

Como elementos representativos de **fraquezas e fragilidades** no cotidiano do trabalho hospitalar, constataram-se dificuldades dos participantes em distinguir fraquezas de ameaças, o que os levou à tendência de apontarem as fraquezas dos outros, e não as suas próprias. Assim **também percebidas como ameaças**, citaram a “falta de cooperação”, “dificuldades de relacionamento”, e “monopólio de informações entre colegas do mesmo setor”. Quanto à **fraqueza propriamente dita** foi citada a “insuficiente qualificação para o trabalho”.

Interpretadas como representação das **maiores ameaças** encontradas no cotidiano do trabalho hospitalar, os participantes apontaram “ameaças físicas e mentais” causadas por: “baixos salários, perda de parte da gratificação de insalubridade, falta de cuidados à saúde do trabalhador que cuida, falta de espaço físico adequado, e abusos de poder por parte da especialidade médica”.

Como **maiores oportunidades** presentes no cotidiano do trabalho hospitalar, constatou-se unanimidade na ideia de tomar a “Gestão Participativa como uma grande oportunidade para o hospital”. E nesse sentido apontaram mais especificamente: “valorização do trabalhador de saúde, oportunidade de ampliar conhecimentos, e benefícios relacionados às reuniões setoriais com a direção hospitalar, como forma de expressar opiniões e reivindicações para melhorias dos trabalhos”.

Entre alguns dos sentimentos mais presentes, está o de sermos capazes de superar o desânimo que, por vezes, surge apontado por algum dos envolvidos, diante da ousadia do caminho. Esta superação tem sido alcançada com a presença constante de consultorias diversas, através do fortalecimento da grupalidade, do estudo permanente de temas relacionados à compreensão dos processos em curso, e através de estratégias de valorização dos trabalhadores implicados. Assim, incluindo-se certas adversidades que surgem nas rodas, tem-se fortalecido maior credibilidade e vinculação a este processo de Gestão Participativa, pelos movimentos de mudança que suscitam.

7.4.1. O movimento **susista**

A trajetória deste aprendizado construtivo tem evidenciado que a construção não depende apenas de um grupo de pessoas, nem tampouco existe uma só porta que dá passagem para as mudanças que se quer implementar. Podemos agir em vários espaços, entrar na disputa das ideias, e na realização concreta dentro dos serviços. Basta que percebam uma pequena fresta de oportunidade, para que os trabalhadores em saúde pública exercitem a sua criatividade, e construam propostas de **transformação**.

Segundo Pasche (2009), o movimento “susista” mais que um neologismo é um conceito que nos obriga a pôr em questão, a construção da política de saúde no país atualmente. Renovam-se a partir dos últimos anos, estes **movimentos por transformação** bem como, os **espaços de intervenção e luta em defesa do SUS**, destacando-se que estes espaços resgatam a sabedoria ancestral da força das **rodas** como potência coletiva de inclusão (MONTEIRO, 2009, p.171). Inclusão das criações, das discussões, e contradições que precisam ser avaliadas, para a construção de caminhos renovados e sustentáveis, uma vez que dos encontros nas **rodas**, surgem com frequência os movimentos emancipadores. Nesse sentido, acerca do **método da roda** Pasche (2007) cita:

Em questões que o autor desenvolve em várias obras, cuja síntese se encontra no livro **Método da Roda**, Gastão Campos propõe ajudar as equipes a se constituírem em novas relações de poder, mais democráticas, conformadoras de novos modos de subjetivação, o que permitiria a ampliação de sua capacidade operativa, e afirmativa de uma nova **grupalidade**, ...com ampliação de vínculos e responsabilização. (PASCHE, 2007).

No Hospital Giselda Trigueiro, a nova atmosfera das redes vai sendo tecida a cada roda

realizada, propiciando mudanças que se refletem no cotidiano da Unidade, e no SUS que dá certo, a partir da maior implicação dos trabalhadores da saúde. Este ponto crucial diz respeito à coragem de apostar nas potências singulares das pessoas, de uma forma ampla e coletiva, sejam usuários do SUS, trabalhadores da rede de atenção básica e seus gestores; ou nos próprios gestores e profissionais do hospital.

7.4.2 O Sentimento Susista dispara novas redes entre HGT e Distrito Oeste

Chamamos de “sentimento susista” uma necessidade potente que nos move. É esse o sentimento que nos move a buscar desvios criativos no trabalho em saúde pública, em prol do cuidado integral ao usuário (MONTEIRO, 2009). Trata-se aqui também, de ressignificações que se dão pelo reencantamento do concreto e pelo compromisso no SUS que pode dar certo. Ou seja, “sentimento susista” trata da força orgânica e potente, pautada pela busca dos desvios criativos que, segundo Eduardo Passos (2009), são necessários para instituir movimentos de mudança no SUS. Entende-se também o “sentimento susista” pela atmosfera afetiva e efetiva que aglutina aos desvios criativos, o conseqüente acúmulo de reencantamento pelo concreto no cotidiano dos trabalhos, levando ao próprio movimento do “SUS que dá certo”, ou seja, fortalecimento do movimento susista em redes de produção e mudança.

O processo de implantação da cogestão no hospital desencadeou o sentimento, necessidade e desejo de se buscar uma análise e intervenção na rede de saúde, quanto à demanda exacerbada que buscava o pronto-socorro do hospital (gráficos 2 e 3).

Dessa forma, nos trabalhos que antecederam a completa implantação do ACCR, foram delineadas necessidades e estratégias entre as quais, a análise e o diagnóstico do SUS na região oeste da capital, considerando a estrutura de funcionamento dos serviços, perfil epidemiológico, demandas, ofertas e conflitos. A análise coletiva revelou o contexto de uma atenção fragmentada com desarticulação da rede e descontinuidade do cuidado, deficiências de estrutura física e de equipamentos, baixos investimentos nos processos de educação permanente, ausência de comunicação entre os serviços, insuficiência de vínculos entre usuários e profissionais, além de um grande déficit de recursos humanos. Neste contexto, destaca-se a superlotação dos hospitais gerenciados pelo estado, e em particular do Hospital Giselda Trigueiro, ocasionada pela baixa resolutividade dos serviços básicos, e pela falta de responsabilização por parte dos municípios na oferta de uma assistência humanizada e melhor qualificada.

Gestores, trabalhadores, alguns usuários do Hospital Giselda Trigueiro (HGT) e lideranças da rede do Distrito Oeste de Natal-RN constituíram Fóruns de Saúde que realizaram

reuniões mensais para diagnóstico e reflexão acerca de novos e necessários processos de trabalho, entre a rede de Atenção Básica deste distrito e o hospital – referência em urgência e emergência de doenças infecto-contagiosas. Esta articulação entre gestores, trabalhadores, técnicos e representantes do controle social da região oeste de Natal teve início em março de 2009, simultaneamente ao processo de implantação inicial do novo modelo de atenção e de gestão do HGT, como proposta de gestão participativa.

Através do conhecimento de como se encontrava a estrutura e o funcionamento da rede básica e especializada, o HGT buscou construir coletivamente, estratégias para a melhoria na assistência à saúde da região oeste. Como resultado desse processo, e com o compromisso coletivo na busca de soluções concretas aos problemas da rede de assistência da região, têm sido pactuados novos “modos de fazer” que implicam mudança de fluxo no atendimento aos usuários. Esse movimento tem trazido potência e maior implicação dos trabalhadores e gestores, na responsabilização para com o sistema de saúde.

Entre as decisões pactuadas destacamos:

- 1) Estruturar de forma mais rápida as unidades de saúde existentes, para que possam dar real suporte à rede;
- 2) Definir as unidades que se tornam a partir de então, responsáveis pelo apoio diagnóstico e realização de exames específicos;
- 3) Determinar prazo para implantação de acolhimento em todas as unidades básicas de saúde do distrito oeste;
- 4) Elaborar cartilhas para os usuários com informes acerca do processo de cogestão na rede, além das indicações de locais dos serviços específicos do distrito.
- 5) Disponibilizar dentro das agendas diárias das unidades, quatro consultas destinadas ao atendimento de usuários encaminhados pelo Acolhimento (ACCR) do HGT.

Entende-se assim que o processo de cogestão do HGT disparou uma reconfiguração na rede de Atenção Básica do distrito oeste de Natal, principalmente após muitas rodas de discussões e pactuações intersetoriais. No que diz respeito ao Acolhimento por Classificação de Risco no HGT, sua implantação iniciada em 2007 atualmente se fortalece pela responsabilização na busca desta reestruturação da rede. Responsabilização que tem evidenciado o envolvimento de quase todos no mesmo sentimento comum.

Mas que sentimento comum é esse? O “sentimento susista”.

A partir dos princípios do SUS temos, entre nós brasileiros, um compromisso que nos une como causa comum: o SUS como comum que nos permite a comunhão de sentidos. Reativar este movimento é reavivar a corresponsabilização de um SUS que é de todos nós. Assim, podemos e devemos realizar a aposta do SUS, de forma transversal e no cotidiano concreto da atenção e da gestão da saúde pública. (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009)

7.5 Síntese compreensiva do caminho em andamento

Atualmente, estamos debruçados sobre a busca de novos sentidos e reflexões, que embasam a construção do Plano de Ação de cada UP, Unidades Funcionais de Produção do Hospital.

Estas reflexões compartilhadas envolvem diagnósticos setoriais mais detalhados, bem como a reformulação de missão e prioridades setoriais que, por sua vez, tem implicado também na reorganização do organograma institucional, como parte essencial da transformação dos processos de trabalho, com base na transversalidade das ações e nas relações profissionais intersetoriais.

Desta forma, setores e UPs estão reunindo-se a fim de que, no começo de março as propostas sejam apresentadas em reunião do Conselho Gestor do Hospital, criado recentemente em janeiro deste ano de 2010.

Em síntese, a efetividade e eficácia deste processo de implantação da Gestão Participativa no HGT, ainda muito recente, tem se revelado menos nos produtos resultantes sob a forma de indicadores, e muito mais nos processos disparados, onde se destaca: a ampliação dos graus de implicação dos trabalhadores de saúde; a ampliação da comunicação intersubjetiva na transversalidade; e a reestruturação e ampliação da rede de saúde entre o serviço hospitalar, e as unidades de Atenção Básica do distrito oeste da capital.

Entendendo-se que “um dispositivo se destina a produzir movimentos, deslocando processos naturalizados” (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009) reconhecemos na trajetória do HGT as grupalidades e as rodas como poderosas ferramentas que também nos tem possibilitado avançar.

Em nossa caminhada prossegue então, o movimento susista, com enfrentamentos e abertura para o **devir** porém, em luta por estes sentidos renovados.

Referências

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

CAMPOS, Gastão W. S.; AMARAL, Márcia A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007.

CECÍLIO, Luís Carlos, O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Espaço para a Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 4-26, 2000a.

FREIRE, Teresa da Costa. **Perfil da Rede de Saúde do Distrito Sanitário Oeste**. Organização: Teresa da Costa Freire. Natal, RN: Secretaria Estadual de Saúde Pública (Sesap), 2009.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, Suplemento 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S1414-2832009000500002&lng>> Acesso em: 18. Fev. 2010.

MONTEIRO, Shirley, M. **Potências antropológicas do imaginário na atenção básica em saúde mental**: simbólicas singulares e danças do cotidiano. Dissertação de Mestrado em Espiritualidade e Saúde. Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa, 2009.

MONTORIL, Dione A. A.; OLIVEIRA, Francisco, A.; MIRANDA, Ilza R. **Acolher para humanizar**: a construção do protocolo de acolhimento com classificação de risco no pronto-socorro do Hospital Giselda Trigueiro. 2007. Monografia do Curso de

Especialização em Gestão do Hospital Público, Universidade Federal do Rio Grande do Norte –UFRN - Natal, 2007.

PASCHE, Dário F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade dapólítica pública de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

PASSOS, Eduardo. Metodologias Participativas no SUS. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO, 2., Natal. **[Anais...]**. Natal, 2009. Disponível em: <www.redehumanizaus.net/saladeeventos>. Acesso em: 02 dez. 2010.

RODRIGUES, Sheylla M. M. **Relatório de ações da humanização em saúde pública no estado do Rio Grande do Norte**: a implantação da gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro. Natal: Secretaria Estadual de Saúde Pública (Sesap), 2009.

SILVA, Maria G. A.; FÉ, Maria, V. S; MARTINS, Milena M. C. **O hospital que temos e o hospital que queremos**: construindo o processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro. Monografia do Curso de Especialização em Gestão do Hospital Público. Natal: UFRN/Nesc, 2009.

WHITTINGTON, John; SIMMONDS, Terri; JACOBSEN, Diane. **Reducing hospital mortality rates (Part 2)**. 2005. Disponível em: <<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/ReducingHospitalMortalityRatesPart2.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2008.

8

Visita aberta e direito a acompanhante: garantia de acesso, de inclusão e de cidadania

Carine Bianca Ferreira Niedl

O objetivo desta produção é relatar e, ao mesmo tempo, pôr em análise o processo de visita aberta e o direito a acompanhante que temos vivenciado, desde 2004, no Hospital Santa Cruz, na cidade de Santa Cruz do Sul, no interior do Rio Grande do Sul. Este processo de ampliação do horário de visita foi desencadeado pela proximidade que temos tido com a Política Nacional de Humanização, e se baseia na Cartilha da Visita Aberta e Direito a Acompanhante (BRASIL, 2007).

Quero evidenciar que mesmo num ambiente com normas e hierarquias bem definidas e uma cultura institucional bem rígida, que caracteriza a maioria das instituições hospitalares, é possível apostar em processos de mudança capazes de valorizar a vida, de potencializar as relações e experimentar processos de humanização.

[...] concluímos afirmando que a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.393).

8.1 Descrição do cenário local

O Hospital Santa Cruz (HSC) é uma instituição privada filantrópica, localiza-se em um município de 120.000 habitantes e é referência regional para a Região dos Vales em várias especialidades (gestação de alto risco, UTI neopediátrica, UTI adulto, urgência e emergência). Possui 184 leitos, 174 médicos que integram o corpo clínico, tem 500 funcionários e, cerca de 67% dos atendimentos de internação realizados no ano de 2008 foram pelo Sistema Único de Saúde.

Incorpora nas suas práticas, além do cuidado aos pacientes, a formação de futuros profissionais, mantendo, portanto, proximidade com o ensino, a pesquisa e a extensão, devido a sua relação com a Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Recebe cerca de 1.000 acadêmicos por ano de vários cursos técnicos e de graduação da universidade, sendo na sua maioria dos cursos da área da saúde, (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia, odontologia e serviço social) e cursos de outras áreas, como comunicação social, administração, ciências sociais, entre outros. Com o esforço voltado a se tornar um hospital de ensino, o Hospital Santa Cruz passa por constantes reformulações em sua estrutura física, de política de gestão e atenção.

8.2 Situação existente x situação desejada: relato de experiência

Mantínhamos, desde o ano de 2001, uma proximidade com a temática da humanização, sendo que fomos o primeiro hospital da região a ter constituído um grupo de humanização. O ano de 2003 foi marcado por mudanças: em Brasília, no Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização foi totalmente reformulada e estruturada, sendo coordenada pela Dra. Regina Benevides. Em Santa Cruz do Sul – RS, o Hospital Santa Cruz que por 95 anos era mantido por uma congregação religiosa passou a ser gerido pela Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul, mesma mantenedora da Unisc. Estas duas mudanças impactaram profundamente nossas práticas e a instituição.

No mesmo ano, com o objetivo de implementar mudanças que nos aproximassem mais da comunidade, a direção se propôs a reestruturar sua sistemática de visita. O horário de visita para os usuários do Sistema Único de Saúde era das 15 às 16 horas diariamente e os mesmos só tinham direito a acompanhante conforme o que era garantido pela lei: crianças de 0 a 12 anos e idosos. Excepcionalmente, havia acompanhante em casos solicitados pela equipe, pela necessidade e/ou gravidade do paciente.

O horário de visita, além de contemplar apenas uma hora por dia, era inviável para os familiares especialmente em função do seu horário de trabalho, horário de ônibus para os pacientes que moravam no interior do município e outras questões. Com base nesta solicitação da direção e também de uma necessidade da comunidade, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), o qual eu coordenava na época, tomou a frente para enfrentar esta situação/problema.

A partir daí, muitas discussões e encontros foram realizados com diferentes grupos do hospital. Avaliávamos os diversos aspectos envolvidos nesta mudança, a roda rodava muitas vezes e parava em outras questões. Avançávamos em alguns aspectos e retrocedíamos em outros. Ao sermos uma gestão que se organiza pela lógica das profissões (CECÍLIO; MERHY, 2003) chamo atenção para a dificuldade de colocar os diferentes para conversar, pois neste modo de organização do cotidiano se conversa com grupos homogêneos: grupo da enfermagem, grupo dos médicos, grupo da higienização, grupo dos administrativos, etc., o que gera sempre muitas fragmentações.

Mergulhou-se num universo vasto em determinações e normas que muitas vezes eram produzidas sem sentido e com poucas justificativas. As respostas eram sempre as mesmas: “fazemos desta forma, porque sempre foi assim” ou “há uma lei que determina que seja deste modo”.

E assim se passou exatamente um ano: de novembro de 2003 a novembro de 2004. As discussões perpassaram todas as áreas: higienização, áreas administrativas, equipe de

nutrição e dietética, portaria e internação e equipe de enfermagem. O apoio da direção (que é composta por representantes da equipe médica, equipe assistencial, equipe administrativa e hotelaria) era incondicional.

Inicialmente, a intenção era ampliar o horário de visitas e esse foi o motivo dos muitos encontros e das inúmeras rodas de discussão que aos poucos ganhavam forma mais concreta: ampliar de uma para sete horas de visita e, além disso, os próprios trabalhadores foram identificando e evidenciando outro ponto que era a garantia do acompanhante, pois havia o entendimento de que esta era uma necessidade da maior parte dos usuários. Outro item, colocado na roda, era a questão da entrada de crianças, sobre a qual não havia uma definição, e acontecia de acordo com a responsável do dia. Se fosse uma enfermeira mais “humana”, autorizava; se fosse uma mais “insensível”, não permitia, sendo que isto criava uma situação de conflito com familiares e usuários.

Decidiu-se então, ousar, ou melhor, apostar: ampliar o horário de visita de uma para sete horas, das 12 às 19 horas, garantir a permanência de acompanhantes para todos os usuários internados e liberar crianças menores de 12 anos para visita, desde que esta estivesse acompanhada de um adulto e/ou responsável.

Mesmo com algumas resistências internas e apostas contrárias, principalmente vindas da parte dos médicos e também da parte da equipe assistencial, resolveu-se apostar e experimentar, definindo-se para o dia 24 de novembro de 2004, a partir da meia-noite, o início da mudança. A nova sistemática exigia também o uso obrigatório do crachá com o número do leito do paciente ou o local de destino para os visitantes, e a definição do número de visitantes por paciente, sendo que dentro do horário de visita cada paciente passava a ter direito a três visitantes por vez (sendo um o acompanhante).

As mudanças a serem implementadas exigiram o desencadeamento de estratégias tanto com o público externo quanto com o interno. Realizamos uma ampla campanha através dos veículos de comunicação da região (TV, rádios e jornais) com o objetivo de levar a informação para a comunidade e, todos os funcionários passaram por encontros com o objetivo de serem informados sobre a alteração da visita aos usuários do SUS. Durante a primeira semana de realização da nova sistemática, uma comissão composta pelos integrantes do GTH conversou com as equipes, com os usuários, acompanhantes e familiares com o objetivo de avaliar e conhecer a opinião das pessoas, diante destas mudanças. Também foram incluídos na pesquisa de satisfação, realizada pelo serviço de Ouvidoria do Hospital, itens que questionavam a satisfação do usuário, familiares e acompanhantes com relação às mudanças ocorridas com o horário de visita. O índice de aprovação (entre ótimo e bom) foi de 90%.

8.3 Garantir não significa incluir

Dois anos após implantar a visita aberta e garantir o direito a acompanhante, houve um movimento por parte de um grupo de enfermagem para que o processo de visita fosse rediscutido. A justificativa é que o horário de visita e o número de visitantes era motivo de sofrimento para a equipe de trabalho, principalmente para a enfermagem, pois, segundo eles, os familiares estavam bastante ríspidos e agressivos, o que gerava um desgaste emocional para os trabalhadores.

Foi necessário escutar os trabalhadores quanto às dificuldades enfrentadas no trabalho e o sofrimento decorrente deste processo, e problematizar se a solução se centraria na diminuição do horário de visitas ou no desencadeamento de novas estratégias que visassem ao enfrentamento desta situação. Entendemos que estávamos diante de um novo problema, gerado a partir da inclusão de outros sujeitos, novos olhares, outros saberes. Será que realmente esses novos sujeitos foram incluídos? Esse foi o ponto-chave da nossa análise: garantir não significou incluir.

A preocupação inicial foi realizar a visita aberta e o direito a acompanhante, mas de que forma esse novo sujeito foi envolvido e incluído no cuidado? Como potencializar as relações, estimular os vínculos, a corresponsabilização, a rede de afetos deste “novo”, deste “estranho” que, muitas vezes, é visto pelas equipes como um intruso, que além de não ajudar, atrapalha. Certamente, retrocedendo ao processo antigo de uma hora de visita não resolveria a situação-problema. Estava instaurado um novo problema, que precisaria de uma nova forma de fazer, um novo modo de agir.

Em conjunto com a equipe do setor que havia levantado essa questão foi constituído o Grupo de Orientação aos Acompanhantes. Antes de partir para a realização dos grupos com os acompanhantes, trabalhou-se com as equipes sobre o papel e a função do acompanhante. Foram vários os momentos e rodas de conversas com as equipes onde foram discutidos temas relacionados à importância do acompanhante para os usuários.

O objetivo da realização dos grupos de orientação aos acompanhantes foi uma forma de acolhê-los na instituição, envolvê-los e inseri-los no cuidado ao usuário. Após um mês da realização destes encontros foi realizada uma avaliação com toda a equipe e a situação era completamente diferente: os acompanhantes mais próximos das equipes, colaborando com as rotinas do setor, inclusive auxiliando na higiene e na organização do leito. As relações estavam mais próximas e prósperas tanto entre os acompanhantes e pacientes quanto entre os acompanhantes e os trabalhadores.

8.4 Conclusão

Num primeiro momento reestruturar e/ou modificar o horário de visita parece um processo muito fácil, muito tranquilo. Mas quando se trata de uma instituição onde os modos de fazer saúde são mecanizados, cristalizados, onde a autonomia e o protagonismo são pouco estimulados e/ou experimentados e as redes que se estabelecem são frias (TEIXEIRA, 2005), este processo se torna bem complexo. Mexer no horário de visita traz à tona a dimensão de cuidado e de saúde que norteiam as práticas. Trabalhar em/no coletivo e com um coletivo dos diferentes é um grande desafio quanto a vivência das equipes e se refere a trabalhar apenas em grupos homogêneos hegemônicos pela matriz profissional: enfermagem, administrativo, médicos, etc. Assim, entendemos a riqueza deste processo uma vez que ele reflete na mudança dos modos de gestão.

No SUS, a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função de direitos dos usuários. Mecanismos preventivos e que dificultem o abuso de poder são essenciais à humanização. (CAMPOS, 2005, p. 399).

Alterar os modelos e as lógicas das práticas de uma instituição hospitalar não é um processo nem um movimento fácil, mas é possível. É preciso investir nas relações, potencializar os coletivos para que sejam capazes de experimentar o que não está dado e que permitam processos de mudança.

Participar de um movimento que provoque mudança, que valorize os sujeitos, a autonomia e o protagonismo, capaz de potencializar as práticas de cuidado e que produza sentido, nos alimenta e nos mantém dispostos, potentes e convocados na luta deste SUS que dá Certo. Por isso, tenho plena convicção em afirmar, após quase cinco anos desta vivência, que garantir a visita aberta e o direito a acompanhante é investir nas relações e em cidadania.

Referências

- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo [S. l.], v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago., 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo [S. l.], v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago., 2005.
- CECÍLIO, Luiz Carlos; MERHY, Emerson. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; Abrasco, 2003.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

**○ reencantamento
do concreto
e as apostas nas mudanças
nos modelos de atenção e de
gestão do SUS:
o caso da maternidade do
Instituto Hospitalar
General Edson Ramalho –
João Pessoa/Paraíba**

Bernadete Perez Coelho¹

José Luiz do A. C. Araújo Jr.²

TiagoFeitosa de Oliveira³

Resumo

Este estudo de caso tem o objetivo de analisar as mudanças produzidas na maternidade a partir da implementação de arranjos institucionais propostos pela Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde. A abordagem metodológica é qualitativa e as técnicas de pesquisa foram a observação participante, entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental. A técnica narrativa foi escolhida para contar a história da mudança na maternidade, a partir da implementação do acolhimento com avaliação de risco na entrada, equipe de referência no acompanhamento das usuárias e visita aberta/inclusão da rede social. Os resultados revelam: melhora do trabalho em equipe e aumento da transversalidade dos saberes e práticas dos diferentes profissionais, mudança de padrão de vínculo entre profissionais e usuárias/rede social, melhor avaliação a partir da vulnerabilidade no momento da chegada à maternidade, aumento da satisfação das usuárias/rede social, diminuição do tempo de internação, aumento do vínculo entre mães, pais e bebês, projeto terapêutico singular a partir de cada caso específico e sua complexidade. O reencantamento do concreto tem um significado de afirmar a humanização enquanto movimento que intervém e produz realidade, nos convocando a mantermos vivos os movimentos a partir dos quais o SUS se consolida. O SUS enquanto política pública, enquanto estratégia para a democracia institucional e comprometido com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos. O SUS em sua perspectiva de rede onde novas subjetividades emergem e reinventam os modos de operar seus princípios e diretrizes a partir de novos modelos de atenção e de gestão.

Palavras-chaves:

humanização, modelo de atenção, política de saúde.

Abstract

The study in this case has the objective of analyzing all the changing produced in this maternity through the institutional implements of the National Humanization Policy/Health Ministry. The study was based on active observation, document researches and pre-arranged interviews as a method. The narrative technique was chosen to tell the history of the changing in this maternity, from the very beginning implement of the collections with risks evaluation on their entrance, a team of experts to accompany users and open visits/inclusion in social basis. Main results: improvement on working team, increase of transversal knowledge and practice of different professionals, changing on the standard of the relationship between professionals and users/social basis, better evaluation considering the vulnerability of users when entering in the maternity, increase of users' satisfaction/social basis, decrease of time hospitalization, increase of the emotional link between mothers, fathers and babies, single therapeutic project for each case and its complexity. The Re-enchantment of the concrete has as a meaning reassure humanization as a movement that interferes and produces reality, inviting us to keep this movement alive from which SUS consolidate itself. SUS as a public policy, as a strategy for an institutional democracy and compromised with both works: health production and people care. SUS on its perspective basis where new subjectivities emerge and recreate a way to operate its principles and guidelines from new standards of caring and management.

Key words:

humanization, health care model, health policies.

¹Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Av. Professor Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil. CEP: 50670-420. E-mail: bernadeteperes@uol.com.br

²Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz.

³Departamento de saúde coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fiocruz

9.1 Caracterização do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho

O Instituto Hospitalar General Edson Ramalho, inaugurado em 1969, está localizado na Rua Eugênio de Lucena Neiva, s/n, Jardim 13 de maio, João Pessoa/PB, abrangendo uma população de 1.597.934 habitantes da Grande João Pessoa. Além dessa população, incluindo no atendimento regular os municípios de Santa Rita, Bayeux e Cabedelo, presta atendimento eventual para todos os outros municípios do estado da Paraíba. É um hospital geral de médio porte com porta de entrada de urgência e emergência de adulto, realizando em média 7.500 atendimentos ao mês. Conta com 153 leitos no hospital geral e maternidade, oferecendo atendimento de urgência e emergência, clínica cirúrgica, clínica médica, UTI adulto, maternidade, UTI neonatal em implantação e especialidades ambulatoriais. O serviço de apoio diagnóstico conta com radiologia, laboratório clínico, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma e tomografia.

O hospital foi construído pela Polícia Militar inicialmente, porém não conseguiu com recursos próprios terminar a obra, passando para gestão estadual. Foi administrado, logo após a inauguração, pela Fundação de Saúde do Estado e em pouco tempo fechou por não conseguir a manutenção administrativo-financeira. Reabriu com quadro de pessoal e gerenciamento da Polícia Militar, se mantendo assim até então. Atualmente, o quadro de funcionários é misto, sendo 60% militar e 40% civil. O atendimento é aberto à população em geral, sendo um serviço da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado.

A partir de setembro de 2003 o grupo de trabalho de humanização junto com a direção do hospital, iniciou um processo de mudança no modelo de atenção do serviço, baseado nos projetos implementados no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti em Campinas, São Paulo (Campinas, 2001) e na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS do Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Essas mudanças se iniciaram na porta de entrada do serviço, onde havia maior repercussão de problemas e insatisfações, tanto dos usuários como dos trabalhadores de saúde. Grandes filas de espera, atendimento centrado no médico que não dava conta da demanda, não diferenciação por critério de gravidade de forma sistematizada, ordenamento por critério de chegada ao serviço, pouca responsabilização dos profissionais com os usuários e não organização do fluxo interno, bem como ausência de referência e contrarreferência de forma responsável e não meramente burocrática. Implementaram o acolhimento no pronto-socorro e maternidade, a visita aberta e o familiar participante nas áreas de internamento, incluindo o acompanhamento das gestantes no pré-parto, parto e alojamento conjunto.

9.2 Algumas diretrizes operacionais para a reorganização do modelo de atenção: a oferta de dispositivos e arranjos institucionais

Dispositivos são processos estabelecidos nos serviços que buscam subverter as linhas de poder instituídas, mas com um caráter temporário na instituição. Um dispositivo pode ser confirmado nessa função a posteriori. Como exemplos de dispositivos, temos oficinas de planejamento, apoio institucional, análise institucional, cursos ou treinamentos específicos, assembleias e tantos outros que podem ser inventados (Onocko, 2003). Os dispositivos seriam artifícios que se introduzem com o objetivo de se instaurar algum processo novo – no nosso caso as mudanças para dentro do Hospital Edson Ramalho alterando a lógica assistencial e gerencial. Em ocasiões em que se almejam mudanças, ou mesmo o reforço de algum comportamento, costuma-se utilizar dispositivos para intervir na realidade cotidiana dos serviços.

Os arranjos têm certa estruturação e permanência, nesse sentido pretendemos formas de organização que possam ser institucionalizadas. São estruturados com a intencionalidade de desenvolver processos na direção contrária do que já está instituído, de induzir política, de aumentar a capacidade de análise das pessoas, de provocar mudanças nos serviços. Isso não quer dizer que os arranjos institucionais não possam ser capturados pela lógica dominante e hegemônica. Pelo contrário, neles o poder de mudança passa pelo cuidado permanente de suas potencialidades. Os arranjos institucionais e os dispositivos para mudança são diretrizes operacionais que traduzem um conjunto de pressupostos teóricos e ideológicos, e que dependem de cada instituição para serem implementados enquanto tais.

No caso do hospital, vários dispositivos e arranjos podem ser utilizados, mas enfocaremos, neste estudo de caso, os seguintes:

- **Acolhimento com avaliação de risco:** é um conceito amplo que exige mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos, como a população busca, ajuda nos serviços de saúde. Além dessa concepção mais ampliada, e que deve orientar a gestão de todo o SUS, utilizaremos também em sentido mais restrito uma ação tecnoassistencial que utiliza parâmetros técnicos, éticos e humanitários que garante acesso e qualifica a recepção na porta de urgência e emergência do hospital. Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente, é preciso transformar em modos de funcionar/fazer a partir da reorganização dos processos de trabalho. “É necessário restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade

do acesso, redefinindo o atendimento por ordem de chegada, que é apropriado para bancos ou supermercados, mas completamente inapropriado para a saúde” (Campos, 2003).

- Equipe de referência e apoio matricial: as equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, onde cada unidade de saúde se organiza através da composição de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar, segundo características e objetivos de cada unidade. Cada equipe de referência se responsabiliza por uma quantidade de pacientes, segundo o critério de gravidade, segundo a experiência com a clínica em questão, etc. Cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral ao doente e busca outros recursos terapêuticos, fora da equipe, quando necessário (apoio matricial). O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que complementa a equipe de referência na tentativa de mudar a lógica burocrática de encaminhamentos com pouca responsabilização e frágil padrão de vínculos. Aqui, os serviços de especialidades apoiam, discutem e acompanham casos, bem como formulam projetos terapêuticos (sempre que necessário) junto às equipes de referência de cada usuário. “Essa lógica tenta inverter a forma tradicional de organizar a assistência por disciplinas, departamentos, especialidades, fragmentando o processo de trabalho em saúde, dificultando a atenção integral, a responsabilização e o vínculo terapêutico” (Campos, 1999).
- Visita aberta e familiar participante: é uma forma de reorganizar o trabalho do hospital considerando e incluindo a rede social do usuário no contexto de seu acompanhamento durante a internação. Sair da velha lógica de que a família e a visita atrapalham e aumentam a infecção hospitalar, demanda uma estrutura física e de pessoal que os serviços públicos não têm. Redimensionar o espaço da visita e do acompanhante no hospital significa ajudar na melhor identificação das necessidades das usuárias, como também melhorar o diagnóstico e ser mais resolutivo, diminuindo o tempo de permanência no serviço, manter a inserção social durante toda a internação, incluir a família como corresponsável pelos cuidados, fortalecer o vínculo entre profissionais e usuário/família, aumentar o controle social no cotidiano do trabalho em serviço.

9.3 Caminho metodológico

A dinâmica interna da pesquisa lhe confere um caráter essencialmente qualitativo, pois a construção do conhecimento a respeito das mudanças produzidas no serviço de

saúde, fenômeno em questão, se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. Realidade aqui entendida não como estática, não controlável, não reprodutível matematicamente, mas sim dinâmica, com inúmeras possibilidades de associações entre o objeto pesquisado e os infinitos elementos constituintes desta dada realidade, sobre a qual, inevitavelmente, o pesquisador interfere. Decorre daí a impossibilidade de tornar esse conhecimento absoluto. Valorizar essa forma de aproximação da compreensão do fenômeno implica que o conhecimento, assim produzido, deve ser sempre relativizado, uma vez que sempre estará a serviço de uma outra realidade, que não aquela – móvel, já transformada – em que foi produzido.

Outra característica qualitativa desta pesquisa é a identificação do pesquisador, como sujeito e objeto do conhecimento, portanto, como parte integrante do objeto de investigação. Começar então por identificar, e não ocultar, a própria conexão entre o pesquisador, o objeto e a realidade em que estão inseridos. Foi estabelecido um vínculo de trabalho importante com a equipe e permanente interlocução, dentro e fora do hospital em outros espaços institucionais, criou a possibilidade de realização dessa pesquisa e da observação participante. É importante, portanto, derrubar o muro que pretende separar pesquisador e pesquisado, médicos e pacientes, sadios e doentes e afirmar que nossa experiência tem nos aproximado bastante daquilo e daqueles que pesquisamos.

É importante considerar que em cada momento do trabalho de campo foi trabalhada a noção de simultaneidade entre a geração, a coleta e análise da informação. Isto é, as etapas trilhadas no itinerário metodológico não são necessariamente estanques ou com sequências definidas a priori. Em vez da tradição de que primeiro se recolhem as informações, depois se analisam para conhecer e depois ainda se tomam decisões, em cada ato todas essas etapas se misturam em sínteses sucessivas. Ao mesmo tempo, a análise documental e os registros no diário de campo foram acontecendo em paralelo aos momentos da observação participante.

9.4 Resultados e discussão: contando a história da mudança

9.4.1 O acolhimento na maternidade

Baseados no modelo e experiência de organização do Hospital Mário Gatti e fortalecidos e apoiados pela Política Nacional de Humanização a equipe iniciou as mudanças no hospital partindo do pronto-socorro e da maternidade. Com toda a dificuldade de infraestrutura, recurso financeiro e ambiente que facilitasse a mudança foi definido iniciar pelo acolhimento com avaliação e classificação de risco na porta de entrada do pronto-socorro em fevereiro de 2004 e em seguida com o acolhimento na maternidade. Tinham,

enquanto objetivo, a priorização do atendimento através da estratificação e agilidade/qualidade no acesso. Esse manejo exigia uma equipe de enfermagem no acolhimento capaz de identificar necessidade e prioridades do paciente, em comunicação permanente com toda equipe de profissionais a partir da reorganização do trabalho. Realizaram uma capacitação antes do início do trabalho e, no decorrer do tempo, a capacitação em serviço e o aprendizado cotidiano de toda equipe.

O acolhimento é considerado aqui enquanto conceito ampliado, como estratégia de mudança no processo de trabalho: não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Aqui ele não significa uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Ao mesmo tempo, consideramos o acolhimento enquanto conceito restrito, de diretriz operacional que requer uma nova forma de fazer em saúde e implica instituir dispositivos tecnológicos de mudanças possíveis no trabalho de atenção e gestão em saúde. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, identificar as diversas formas de busca de ajuda, identificar riscos e situações problemáticas e responsabilizar-se pelo usuário e pela família deste.

Neste funcionamento, o acolhimento não é somente uma ação pontual e isolada e se multiplica e dispara inúmeras outras ações que nos permitem analisar: a adequação da área física, as formas de organização dos serviços de saúde, a autonomia das equipes, a humanização das relações em serviço, o modelo de gestão vigente, o ato da escuta diferente do ato da bondade, o uso ou não de saberes para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes estão a favor da vida.

Com as mudanças em processo de implantação no pronto-socorro, a equipe da maternidade iniciou a revisão do modelo estabelecido de atenção. Evidentemente que vários processos ocorreram ao mesmo tempo nas duas portas de entrada, atendimento geral e maternidade, bem como em todo o hospital, já que as unidades assistenciais funcionam em comunicação e com uma dependência relativa umas das outras. O tempo cronológico nem sempre pode ser definido na análise dos processos de mudança.

A partir de 2004, iniciaram o acolhimento na maternidade, embora, como disse acima, o processo tenha sido disparado bem antes. O projeto intitulado “Laços de Família” também, como em nenhum outro setor do hospital, não teve financiamento além da rotina de repasses ao serviço para ser implementado ou enquanto incentivo, nem por parte da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, nem por parte do MS. A proposta era realizar um atendimento mais personalizado para a usuária, família e rede social, com direito ao acompanhante durante todo o processo de pré-parto, parto e puerpério de escolha da usuária.

A rotina da maternidade, que conta com 32 leitos, funcionava com triagem e todo o fluxo

no serviço sem muita responsabilização, com pouca importância para o vínculo entre equipes e usuárias, bem como a pouca consideração pela subjetividade no exercício da clínica. O serviço não incluía a família enquanto estratégia para ampliação da clínica e dos resultados e dependia dos perfis individuais e das iniciativas pontuais dos trabalhadores para um melhor atendimento. Não existia modelo de atenção proposto que propusesse mudança.

Alguns arranjos e dispositivos foram implementados, dentro da proposta de um acolhimento mais ampliado: reestruturação da área física do pré-parto com leitos individualizados para cada gestante e inclusão do acompanhante durante o trabalho de parto, além de qualificar o espaço para propiciar acolhimento da família; incentivo ao acompanhante no parto, tanto para cesariana quanto para parto normal, climatização, diminuição dos leitos nas enfermarias/alojamentos conjuntos, contratações de profissionais horizontais em prioridade aos plantonistas; acolhimento das famílias de forma singular pela equipe de plantão, valorizando profissionais de inserção horizontal como referência para a usuária e família; estruturação de brinquedoteca e sala de recreação para puérperas e seus filhos menores em visita; ampliação dos horários das visitas até as 19 horas sem restrição do número de visitantes, agendamento de horários alternativos e visita reservada para pais e irmãos dos recém-nascidos diariamente; atendimento das famílias com agendamento pela equipe responsável.

Alguns resultados a serem considerados:

1. Maior agilidade no primeiro atendimento;
2. Melhora da qualidade da atenção com prioridade das usuárias e famílias, considerando as dimensões biológica, social e subjetiva;
3. Definição de diretriz de modelo e pactuação com toda equipe;
4. Redução de conflitos, com melhora na relação entre usuários, rede social e equipes;
5. Melhora na relação das equipes com a gestão;
6. Desencadeamento da discussão de ambiência e qualificação do espaço;
7. Título de Hospital Amigo da Criança.

9.4.2 A visita aberta e o familiar participante

A aposta na inclusão da família e da rede social dos usuários foi um marco importante para pautar a discussão do controle social, da clínica ofertada e sua resolubilidade, da importância do vínculo terapêutico e dos direitos dos usuários. Desde os primeiros movimentos de mudança na urgência e emergência, com a inclusão do acompanhante e com o Projeto Laços de Família na maternidade, essas discussões foram desencadeadas em vários espaços do hospital, sendo definida enquanto uma diretriz da instituição a abertura das visitas e inclusão da família nos vários setores. As falas dos trabalhadores, principalmente da equipe médica e de enfermagem, eram de posições contrárias à nova diretriz, como: “Vai aumentar a infecção hospitalar”, ou “Não vamos tolerar o tumulto sempre vai ter gente andando no hospital e atrapalhando o trabalho”, ou ainda em relação à maternidade “Se a usuária não quiser que o marido entre? Nenhuma delas quer que vejam o parto normal, têm muito preconceito” A implantação e experiência no cotidiano, embora tenha havido conflitos e resistências, foi o principal argumento para a participação e aceitação de toda comunidade do hospital. E assim começou...

Ficou acordado que o serviço social se responsabilizaria pelo fluxo, atendimento e organização do acolhimento das famílias. Junto com ele, a comissão de controle e infecção hospitalar acompanhava todo o processo, estabelecendo as barreiras necessárias e definindo também fluxo e processo de trabalho. A equipe foi ampliada, foram organizadas recepções para as famílias e visitantes em cada porta de entrada (hospital geral e ambulatórios/maternidade/pronto-socorro) com atendimento personalizado e identificação específica com coletes de cores diferentes para os acompanhantes em cada setor. Além de ampliar a visita hospitalar, de duas horas em três dias da semana para diariamente, em diversos horários até as 19 horas, com abertura para diversos visitantes por usuário internado, o projeto da visita aberta também tinha o objetivo de inclusão da família no cotidiano de atendimento do usuário e agendamento de conversas entre família/rede social e equipe assistente. O espaço do hospital foi identificado e sinalizado, sendo criados espaços de convivência: capela, praça da harmonia com pistas para incentivo à deambulação e mesas para atividade recreativas, duas brinquedotecas com profissionais da arte-educação desenvolvendo atividades lúdicas com visitantes, internos e com os próprios profissionais de saúde. O acesso também foi melhorado no lado de fora do hospital, com contratação de agentes do trânsito, qualificando e redefinindo o fluxo desde a rua de entrada, estacionamento, entrada para pedestres.

De um contexto em que a visita era percebida como elemento que atrapalhava, precisava ser contida, não havia espaço físico nem equipe para atendê-la e não havia o entendimento da função do visitante na recuperação e reabilitação das usuárias, para um contexto em que a família e a rede social participavam da clínica e do cotidiano do serviço é

uma mudança profunda. Concretamente, esses resultados se refletem na diminuição da permanência hospitalar, fortalecendo os cuidados domiciliares e a desinstitucionalização, na construção de projetos terapêuticos singulares para algumas usuárias, no aumento da satisfação das usuárias e das equipes de saúde, na inclusão no processo de trabalho de outros núcleos profissionais de saberes e práticas como fundamentais para a construção da clínica ampliada, para estabelecimento de uma nova rotina no controle da infecção hospitalar sem preconceitos e saberes ultrapassados.

Numa abordagem em relação ao paciente internado no hospital geral, a visita é um elemento que contribui para manter a continuidade entre o contexto de vida na família e na comunidade e o ambiente hospitalar, fazendo com que os usuários se sintam menos apartados de sua própria vida.

9.4.3 Equipe de referência e a responsabilização

O conceito de equipe de referência não é um conceito fácil, nem para aceitação, nem para operá-lo no cotidiano. A diretriz trabalhada enquanto norma organizativa seria a adoção de um novo sistema de referência entre profissionais e usuárias. Toda clientela internada teria sua equipe básica de referência, equipe mínima com médico e enfermeira ou outro profissional central para o caso: um psicólogo, no caso em que o componente psíquico for o mais relevante, ou fisioterapeuta para caso de reabilitação. Ao mesmo tempo, outros profissionais podem ser chamados para discussão e composição do projeto terapêutico, sem abrir mão de que a equipe de referência seja a responsável pela paciente e sem criar recursos intermináveis de encaminhamentos. Esse seria um modelo de atendimento mais singularizado, em que cada técnico teria sua clientela adscrita.

Esse arranjo organizacional, objetiva tanto potencializar o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, quando bem trabalhada, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente (Campos, 1999). Juntando essa proposta com a inclusão das famílias e demais arranjos, teríamos um modelo de atenção que pauta o compartilhamento da usuária/família/rede social e de vários trabalhadores de saúde com a clínica. Assim, as equipes de referência passariam a ser a estrutura permanente e nuclear do serviço, trabalhando com a transdisciplinaridade, ao invés de serem um espaço episódico de encontro multiprofissional na maternidade. A constituição de vínculo e a responsabilização com usuárias e famílias seriam uma consequência natural e cotidiana, ao invés do esforço ou perfil individual deste ou daquele profissional. Essa é a diretriz de mudança.

Essa diretriz organizacional depende muito da reconstrução coletiva e individual com cada

profissional e esbarra nos inúmeros vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, com exceção dos diaristas. A organização do atendimento do ambulatório a partir de equipes transdisciplinares e na lógica de adscrição de clientela/equipes de referência tem a dificuldade na regulação da saúde, não regionalização, atenção básica com pequena capacidade para resolver problemas, ausência de referência e contrarreferência com a rede assistencial, além de grande demanda reprimida e ausência de avaliação de risco por parte da rede.

9.5 Concluindo: a necessidade e o desejo com o reencantamento do concreto

É preciso, para fazer essa conclusão, ainda que provisória, retomar o sentido do título do trabalho, como sugestão de caminho percorrido, linhas de pensamento adotadas, resultados obtidos, apostas realizadas e sínteses elaboradas. O modelo de atenção e de gestão, ao mesmo tempo em que produz um certo modo de subjetivação, este modo retorna reforçando a este mesmo modelo. Isso significa dizer que o mundo que a gente conhece é fruto da nossa ação sobre ele, que nós mesmos o construímos, diferentemente do pensamento pré-concebido. Pensamento em função da ação e ação em função do pensamento.

Entrando na discussão das diversas teorias das ciências cognitivas, achamos imprescindível e necessário fazer esse paralelo com a discussão trazida por Varela (Varela, 2003) sobre o desencantamento do abstrato e reencantamento do concreto. Este autor discute a mudança nas ciências cognitivas partindo da crença de que as unidades do conhecimento são fundamentalmente concretas, corporificadas, incorporadas, vividas.

Essa ideia parte da crítica à tradição dominante das teorias do conhecimento e da cognição, que, embora chamada de racionalista, cartesiana ou objetivista esse autor descreve como uma tradição abstrata. Tradição que considera um certo modelo de mente, de agentes cognitivos, de arquitetura cognitiva desconsiderando a experiência viva e vivida. Não é incluída nessa tradição teórica da cognição a centralização no presente, que caracteriza o concreto, mas a visão de que a percepção é basicamente um registro de informações ambientais existentes sem que o sujeito influencie nessa dada realidade. A aposta aqui é que a realidade não é projetada como algo dado, mas sim dependente do sujeito da percepção, porque o mundo relevante é inseparável do sujeito concreto. Como também é com base no concreto que todos os seres cognitivos vivos constroem seus conhecimentos. Assim, a partir dessas afirmações, fazemos a analogia e as apostas desse estudo.

Afastar-se do “representado”, do lógico, do planejado tem aqui um significado de aproximação com o conhecimento concreto e com as vias de acesso para esse conhecimento. Uma verdade que emerge da história e da ação concreta dos homens. Ao mesmo tempo tem o significado de encantamento com nossas possibilidades de produzir mudanças no que parece estar solidamente

instituído ou definido como comum, normal, natural nos serviços de saúde.

Tomar o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho como estudo de caso para implementação de mudanças a partir de arranjos institucionais e dispositivos evidencia a possibilidade de generalização a partir do específico, do caso, do concreto. A partir disso, a escolha dos instrumentais que compuseram o método demonstra uma adequação e uma pertinência do estudo, desde a composição e do formato inicial, passando pelo trabalho de campo, análise do material, escolha das categorias de análise e resultados discutidos. Esse foi um caminho percorrido, feito e refeito durante todo o percurso da pesquisa. E nesse caminho várias descobertas, muitas comprovações, ainda que temporárias e mutáveis, ainda que parte da realidade apreendida e percebida, muitas apostas são reafirmadas e outras refeitas. As perguntas vão surgindo e a partir das respostas surgem outras e outras, mas algumas respostas, algumas ofertas são possíveis e necessárias.

O reencantamento do concreto tem um significado de afirmar a humanização, as apostas nos modos de fazer gestão e atenção enquanto movimento que intervém e produz realidade, convocando-nos para mantermos vivos os movimentos a partir dos quais o SUS se consolida. O SUS enquanto política pública, enquanto estratégia para a democracia institucional e na sociedade comprometido com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos. O SUS em sua perspectiva de rede. E é nesse coletivo de rede que novas subjetividades emergem e reinventam os modos de operar seus princípios e diretrizes a partir de novos modelos de atenção e de gestão. O que mostramos aqui no caso da maternidade é o SUS que funciona e que dá certo, enquanto política de todos, e que precisa significar o reencantamento do concreto, a partir do mundo real, do homem real. E contra uma idealização do humano. E contra o desencantamento do concreto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito à acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, p. 393-403, 1999.

HOSPITAL MÁRIO GATTI. Colegiado de Gestão. **Projeto Paidéia de Humanização da Assistência no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti**. Campinas, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

ONOCKO, R. T. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org). **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 71-86.

10

Práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher

Erika Dittz¹

Gislene de Oliveira Nogueira²

Júlia Cristina do Amaral Horta³

Lélia Maria Madeira⁴

Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi⁵

¹Terapeuta Ocupacional do Hospital Sofia Feldman, Doutora em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. <erikadittz@hotmail.com>.

²Assistente Social do Hospital Sofia Feldman, Especialista em Gestão Hospitalar pela Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. <gisleneonogueira@yahoo.com.br>.

³Psicóloga do Hospital Sofia Feldman, Mestranda em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. <jcahorta@yahoo.com.br>.

⁴Enfermeira, gerente da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. <lelia.bhe@terra.com.br>.

⁵Enfermeira, responsável técnica do Hospital Sofia Feldman, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. <veracam@globo.com>.

Resumo

Trata-se de um relato sobre as práticas cuidadoras direcionadas à mulher, ao recém-nascido e à família, propostas e implementadas pelo Hospital Sofia Feldman, instituição filantrópica, de direito privado, localizada em Belo Horizonte e que atende prioritariamente a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua criação o hospital tem respaldado suas práticas em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) e, mais recentemente, estas têm sido balizadas pela Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH). As práticas cuidadoras, as ações direcionadas à saúde do trabalhador e a gestão compartilhada implementadas na instituição refletem e materializam valores preconizados pela PNH, como a centralidade no usuário, a inclusão da família, a participação comunitária, a organização dos serviços de saúde em rede, dentre outros, o que tem impactado na qualidade da assistência, tanto na saúde da mulher, quanto do recém-nascido e da família.

Palavras-chave:

Atenção ao parto e nascimento; humanização em saúde; práticas cuidadoras.

10.1 Introdução

Abordar o tema práticas cuidadoras na atenção à saúde remete-nos à reflexão acerca do sujeito a ser cuidado e daquele que cuida, além de se considerar o contexto desse cuidado.

No Brasil, adiante da diversidade social, com desigualdades histórica e socialmente determinadas, evidencia-se uma demanda crescente e diversificada das necessidades de saúde da população. Tais demandas exigem decisões políticas em todas as esferas governamentais e ações que sejam capazes de responder a essas demandas.

Tratando-se do Sistema Único de Saúde (SUS), este tem como propósito a garantia dos direitos sociais da população, dentre eles a saúde, por meio de uma cobertura universal, humanizada e de qualidade. Reconhecendo as inúmeras carências às quais esta população tem sido submetida, tal propósito se constitui em um grande desafio para o Sistema.

Estudiosos do tema têm discutido a materialização do SUS – “o SUS pra valer” (ABRASCO, 2006) – por meio da implementação de diversas estratégias direcionadas à efetividade de seus princípios e diretrizes. Como uma das estratégias, destaca-se a mudança do modelo de atenção à saúde que envolve o reconhecimento do usuário como cidadão, sujeito do cuidado, e a adoção de práticas cuidadoras humanizadas, incluindo a disponibilização de práticas integrativas e complementares para os usuários do Sistema. Isto implica reconhecer que o hospital não detém a centralidade do modelo, mas deve ser parte integrante e indispensável de uma rede de atenção à saúde.

Nesta perspectiva, a integralidade surge como um princípio orientador para responder de forma abrangente e adequada às necessidades de saúde da população (MATTOS, 2001). Ao mesmo tempo, há consenso de que só é possível construir a integralidade na saúde reconhecendo o usuário-cidadão como um sujeito ativo nesse processo de construção, ou seja, como participante das formulações e operacionalizações das políticas e ações de saúde (ABRASCO, 2006).

Essa assertiva vem ao encontro do proposto por Pinheiro (2001), para quem a busca pela integralidade da assistência pode ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e tem em suas concepções a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Nesse sentido, considerar o usuário como um sujeito implica reconhecê-lo em sua alteridade.

Tomando como foco a saúde da mulher e do recém-nascido, suas necessidades não são diferentes daquelas da população em geral. Nos últimos anos, este grupo tem sido considerado prioritário pelos órgãos públicos, devido aos altos índices de morbi-mortalidade

materna e infantil Tais indicadores permanecem representando um grande desafio para os gestores do Sistema de Saúde, estando ainda distantes dos padrões aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005, para cada 100 mil nascidos vivos, 74,68 mulheres morreram no País devido a complicações na gestação, no parto ou no puerpério (BRASIL, 2007).

Mesmo havendo ações isoladas de humanização na atenção ao parto e nascimento no Brasil, na década de 90 o modelo de atenção era descrito como “inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando os direitos da mulher” (RATTNER, 2009, p. 759).

Diante de tal cenário, diversos esforços foram feitos para sua reversão, sendo a Política Nacional de Humanização (PNH) uma das principais estratégias a serem implementadas. Tal política tem norteado as ações de saúde no âmbito da gestão, da formação e da assistência aos usuários da instituição, foco do presente relato. Assim, passaremos a descrever, reflexivamente, as práticas assistenciais direcionadas à mulher, ampliadas à família e ao recém-nascido, implementadas no Hospital Sofia Feldman (HSF).

10.2 As práticas cuidadoras no cotidiano do hospital como expressão da humanização em saúde

No Brasil, o campo da saúde, especialmente a partir dos anos 80, com a Reforma Sanitária e consequente criação e implantação do SUS, vem-se ampliando o reconhecimento de que é preciso repensar o modelo hegemônico e as práticas cuidadoras no sentido de buscar a integralidade da assistência, ordenadas pela radical defesa da vida: promover saúde, baseada nos direitos de cidadania e não como bem de mercado. Merhy (2005, p. 38) reconhece como desafio para o movimento sanitário brasileiro.

(...) aprofundar-se em novos conceitos para compreender, de modo mais preciso o tema da reestruturação produtiva e da transição tecnológica em saúde, reconhecendo a necessidade de uma construção teórica que dê conta das singularidades dos processos produtivos do setor (...).

Ainda, segundo Merhy (2005, p. 39):

(...) para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, capazes de incorporar processos de trabalho cada vez mais partilhados, que busque um ordenamento organizacional coerente com uma lógica

usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

O HSF, desde sua inauguração em 1978, busca romper com a lógica do modelo assistencial hegemônico, colocando as necessidades dos usuários no foco da assistência. Sendo este um espaço de produção de saúde, não poderia prescindir do exercício de construção da cidadania e do direito à saúde junto aos usuários e aos trabalhadores, o que tem permeado a prática cotidiana da instituição. A cada dia reafirma-se o propósito de manter e promover uma assistência qualificada aos usuários do SUS, por reconhecê-lo enquanto um cidadão, sujeito de direitos.

Cabe ressaltar na história do HSF como ocorreu a construção do espaço relacional comunidade/usuário/instituição. Esta história teve início em meados da década de 70, quando a Sociedade São Vicente de Paula, preocupada com as dificuldades encontradas para as internações de pacientes sem cobertura previdenciária, os chamados indigentes; resolveu construir um hospital. Assim, conseguiu-se a doação de um terreno e de um projeto arquitetônico sendo que após a mobilização da comunidade local e de outros segmentos da sociedade, iniciaram-se as obras em sistema de mutirão.

Desde o início, a liderança comunitária responsável pela criação do hospital, externou sua preocupação em buscar profissionais que respeitassem os valores e as necessidades da comunidade. Com isto, firmou-se um compromisso bilateral, comunidade e diretoria clínica-administrativa, o que tem garantido até hoje, a abertura das portas à comunidade e sua parceria nas atividades.

Em julho de 1994, a parceria com a comunidade foi formalizada, quando a instituição passava por uma crise financeira com risco de fechamento. Naquele momento, a comunidade local se mobilizou e foi criada a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (Acau/HSF). Em 2006, em consonância com a ampliação da participação comunitária e do controle social no hospital, foi criado o Conselho Local de Saúde.

Do mesmo modo, as ações de ensino e pesquisa têm relevância na instituição. Atendendo às definições estatutárias e tendo sua missão e valores que norteiam a assistência como referências, o hospital se coloca como parceiro na formação de recursos humanos na área da saúde, seja por meio de atividades de ensino, pesquisa ou extensão. Ao longo dos anos, tem sido campo de prática para o ensino clínico para alunos de cursos profissionalizantes, de graduação e de pós-graduação, bem como cenário para a implementação de pesquisas e projetos de extensão universitários. Todas as ações implementadas são viabilizadas por

meio da decisão política institucional de investir em profissionais cada vez mais qualificados tecnicamente e comprometidos com a assistência aos usuários.

O hospital, desde sua criação tem implementado práticas cuidadoras de acordo com as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde(MS), até então, pouco praticadas pelas instituições de saúde nacionais. A partir de planejamentos estratégicos realizados nos últimos anos, o hospital vem sendo instigado a repensar suas práticas e seu posicionamento diante da rede de atenção à saúde, em âmbito municipal, estadual e federal, considerando as orientações de Cecílio e Merhy (2003) para quem a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e, para isto, a linha do cuidado deve ser pensada de forma plena, atravessando os diversos serviços de saúde. Tais orientações indicaram a necessidade de revisão do modelo de gestão.

Assim, no planejamento de 2003, a Linha do Cuidado do Hospital foi definida como:

O planejamento, a organização e a prestação da assistência à saúde a determinados indivíduos e/ou grupos populacionais, de acordo com os riscos e ou agravos à saúde enfrentados por estes, baseados na universalidade, integralidade e equidade dos cuidados envolvendo múltiplos saberes e disciplinas (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2003, p. 17).

Nesta estrutura foram criadas seis Linhas: Cuidado Materno-Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico. A partir da Linha Perinatal, considerada a linha mestra, perpassada e subsidiada pelas demais, buscou-se garantir uma composição tal que envolvesse o controle social e os profissionais que atuam em diferentes unidades de cuidado do hospital, sendo sua coordenação também colegiada. (MADEIRA; DUARTE, 2006)

Considerando a rede de saúde do Município de Belo Horizonte, o hospital passa a ser entendido como uma estação do cuidado materno-infantil, a partir do referido planejamento. Pensando o HSF, como uma estação do cuidado nesta rede, alguns dispositivos foram construídos para conectar de forma mais adequada o hospital à rede de serviços de saúde. Assim, foram organizados e viabilizados encontros de profissionais das Unidades Básica de Saúde (UBS) dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, para os quais o Sofia é a maternidade de referência, além de frequentes visitas técnicas e outras atividades, buscando-se sempre a consolidação dessa parceria.

E a aposta na gestão colegiada? A instituição sempre facilitou e incentivou seus trabalhadores a se implicarem nos seus diversos processos de construção. Ressalta-se que tal implicação, almejada pela gestão do hospital, nos últimos anos, tem sido um grande desafio, devido à ampliação da assistência e, conseqüentemente, ao aumento do número e da diversidade de trabalhadores. Entretanto, é reconhecido que, quanto mais pessoas envolvidas com a proposta assistencial, mais forte a instituição se torna, além de ser mais provável a difusão das práticas cuidadoras para

outros serviços que assistem à mulher e ao recém-nascido. Franco (2006) afirma que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários. Portanto, trata-se de um trabalho contínuo, com o envolvimento de todos os profissionais.

Acredita-se que o estabelecimento da relação instituição/comunidade, além de proporcionar o controle social mais efetivo, também tem possibilitado um espaço de encontro, denominado por Merhy (2005), de espaço “interseçor”, produtor de “relações interseçoras” que representam as necessidades de saúde; já que este espaço “publiciza” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, gerando a “interseção partilhada”. Também, é neste espaço e através dele, que se abrem “fissuras” e definem processos de “penetrabilidade”; colocando em jogo a possibilidade de incorporação de um outro campo de tecnologias assistenciais; em especial a tecnologia relacional, aquela que se dá em ato – as “tecnologias leves”⁶.

Assim, o vem sendo um espaço privilegiado e fértil para a reflexão sobre as práticas cuidadoras voltadas à atenção perinatal, norteadas pelos sentidos de integralidade. Desde seu início, tais práticas têm sido orientadas pelas necessidades e pelo desejo do usuário, sendo este considerado na perspectiva apresentada por Deleuze (2002, p. 33) enquanto um indivíduo que é “antes de mais nada uma essência singular, isto é, um grau de potência.”

Pelo exposto, o modelo assistencial e de gestão do HSF, assumidos e compartilhados pelos trabalhadores em parceria com o controle social, tem possibilitado a criação e implementação de práticas assistenciais direcionadas tanto à população usuária quanto aos trabalhadores.

10.2.1 Práticas cuidadoras direcionadas à mulher

Historicamente, a mudança do olhar sobre o processo de parto e nascimento ocorre concomitante à mudança do cenário, ou seja, ao ser visto como um processo patológico, o parto deixa o domicílio para ser um evento hospitalar. Inicia-se o processo de medicalização da assistência, caracterizado por um conjunto de práticas obstétricas intervencionistas, gerando, portanto, complicações para a parturiente e seu bebê.

No início da década de 80, a OMS propõe a utilização de tecnologias baseadas em evidências científicas contrapondo ao modelo hegemônico, tecnicista, onde a assistência está centrada no profissional e não na mulher. (OMS, 1985; 1996).

A preocupação com o modelo assistencial ao parto vigente no Brasil desencadeou vários debates no âmbito das organizações governamentais e não governamentais, culminando

⁶No que se refere à utilização de tecnologias para a produção do cuidado em saúde, Merhy et al (1997) consideram que as tecnologias leves seriam aquelas intensamente presentes nas relações que se estabelecem no contato do trabalhador com o usuário ou com os demais trabalhadores, e que se traduzem na escuta, no vínculo, nas possibilidades de intervenção que se fazem presentes na relação entre as pessoas.

com a elaboração de políticas e programas voltados para a humanização do parto e nascimento.

10.2.1.1 Assistência ao parto pela enfermeira obstétrica

Ao abordar as práticas cuidadoras no HSF há que se destacar o trabalho da enfermeira obstétrica por se tratar de uma prática presente e incentivada desde a criação do hospital. Haja vista que o primeiro parto que ocorreu na maternidade foi assistido por uma enfermeira obstétrica, professora do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A atuação deste profissional é respaldada pela literatura científica (HODNETT, 2001, 2003; BIRÓ; WALDENSTROEM; PANINFEX, 2000; ROSEMBLAT, 1997) e recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 1999, 1998a, 1998b). Ressalta-se que a atenção aos partos de risco habitual ou de baixo risco realizada pela enfermeira obstétrica está associada às mudanças nas práticas e rotinas institucionais, conforme recomendações das políticas de humanização do parto e nascimento (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A formação profissional da enfermeira obstétrica por ser mais centrada no cuidado, tem sido considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto e parto. A esse respeito, Riesco; Tsunechiro (2002) consideram que a formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto histórico.

Vários estudos mostram que, quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres reduzem a necessidade de analgésicos, diminuem as intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional (HODNETT, 2003).

No HSF a enfermeira obstétrica não só é responsável pela assistência ao parto de risco habitual, como também está inserida em outras práticas cuidadoras voltadas para a mulher, na perspectiva do trabalho multiprofissional.

No acompanhamento do parto, a enfermeira utiliza-se de recursos não farmacológicos de alívio da dor e para favorecer o trabalho de parto, como: massagens; bolas Bobath; banhos de chuveiro ou banheira; estímulo à deambulação; participação do companheiro e familiares; adoção de posições verticalizadas ou de cócoras durante o trabalho de parto e parto, dentre outras. (PRATEZI, 2002; LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003).

10.2.1.2 Casa da Gestante

A Casa da Gestante do Hospital Sofia Feldman foi criada em setembro de 2007, em atendimento à Portaria MS/GM nº 3.477, de 20/8/98, art. 2º, § 3º, onde se afirma que esta deve ser implantada como unidade de apoio à gestante de alto risco, fazendo parte do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Tem como objetivo oferecer um ambiente domiciliar, acolhedor que garanta a assistência qualificada à mulher no período grávido puerperal, em situação de risco e à mãe de recém-nascidos internados na UTI por tempo prolongado.

Como referência para assistência neonatal terciária, muitas gestantes são transferidas para o hospital por problemas na gestação em um momento que não há necessidade para interrupção imediata da mesma. Tais mulheres, em geral, necessitam permanecer hospitalizadas por períodos variáveis de tempo até um momento mais propício para a intervenção. Embora necessitem de atenção em serviços de saúde de maiores complexidades, não exigem vigilância tão constante em um ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, pela natureza do problema apresentado e distância das suas moradias, as mesmas não podem retornar aos lares nesse momento. Exemplos de tais situações são aquelas mulheres com ruptura prematura de membranas em manejo conservador; as síndromes hipertensivas da gestação, com níveis tencionais sob controle, também em manejo conservador; entre outras. A existência da Casa da Gestante propiciará um atendimento adequado a estas mulheres até o momento da sua internação definitiva no hospital.

A Casa da Gestante, também abriga mulheres na fase de latência do trabalho de parto que residam distante do hospital até que se encontrem na fase ativa ou que realmente se confirme não estarem em trabalho de parto, quando então poderão ser liberadas para suas casas. Tal conduta, como já avaliada na literatura especializada, evita a intervenção precoce e procedimentos iatrogênicos quando a gestante é admitida na maternidade em um momento em que ainda não se encontra em franco trabalho de parto. Por outro lado, há também o risco de evolução rápida não prevista do parto e o mesmo ocorrer em ambiente sem a devida assistência.

A acomodação destas e de outras mulheres na Casa da Gestante propicia a liberação de leitos na maternidade, o que possibilita uma ampliação no atendimento, principalmente em situações de emergência.

Pelo histórico do hospital nas ações de humanização da assistência ao parto e nascimento e pela mudança no perfil da clientela assistida pelo Hospital, a criação da Casa da Gestante vem se somar a uma série de medidas já implementadas visando à qualificação da assistência à mulher, ao recém-nascido e à família.

10.2.1.3 A Doula Comunitária

No HSF, desde seu início tem sido permitida à parturiente a presença de outra mulher, da sua escolha, para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto. Essa presença possibilitou a identificação de algumas mulheres da comunidade, as doulas, que demonstravam seu interesse e habilidades para cuidar de outras mulheres que estavam dando à luz.

Doula é uma palavra de origem grega, resgatada primeiramente por Dana Raphael, antropóloga americana, estudiosa da prática do aleitamento materno. A palavra, em sua origem, significa uma mulher que serve à outra, uma serva (RAPHAEL, 1973). Atualmente, é amplamente utilizada para referir-se a uma mulher experiente em parto que proporciona suporte físico e emocional, além de oferecer informações, de forma contínua à mãe antes, durante e após o nascimento (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 1993).

No HSF, alguns profissionais da instituição, sensíveis aos benefícios do suporte da doula, se propuseram a efetivar e ampliar a presença dessas mulheres no contexto do parto e nascimento, implantando em julho de 1997, em parceria com a Acau/HSF o projeto Doula Comunitária.

Com relação a essa prática na instituição, foi realizado um estudo por Leão (2000) cujos resultados mostraram a importância do suporte oferecido pela doula, expressa por meio da presença contínua ao lado da parturiente; do estabelecimento do contato físico, da promoção de conforto e do encorajamento da mulher, dentre outras. Em vários discursos das parturientes entrevistadas, observou-se que as doulas eram comparadas por elas como pessoas da família.

Vale ressaltar que a partir de 2003, essa prática tem sido socializada com outras instituições de saúde de Minas Gerais e de outros estados, contando com o incentivo financeiro do MS (RATTNER, 2009). Em Belo Horizonte, a partir de 2006, o Projeto Doula tomou nova dimensão ao ser incorporado pela Secretaria Municipal de Saúde, com sua implantação em todas as maternidades públicas e conveniadas ao SUS.

10.2.1.4 Centro de Parto Normal

O Centro de Parto Normal (CPN) “Dr. David Capistrano da Costa Filho” funciona de forma integrada ao HSF. Foi inaugurado em novembro de 2001, com o objetivo de implementar o modelo humanizado de assistência à mulher e ao recém-nascido, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde; tendo suas bases legais na Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS e coloca o enfermeiro obstetra

como responsável pela equipe de assistência ao parto normal sem distócia (BRASIL, 1999).

É proposto como uma estratégia de humanização da atenção ao parto e nascimento, visando à melhoria da qualidade da assistência, impactar nas taxas de mortalidade materna e perinatal e ampliar o acesso à assistência ao parto e nascimento à população usuária do SUS.

Desde sua inauguração tem assistido uma média de 100 partos/mês, sendo que aproximadamente 15% destes partos ocorrem na água por opção da mulher. O parto na água é uma modalidade de nascimento onde a mulher fica imersa na água pré aquecida a 36°C durante o trabalho de parto e parto, tornando assim, uma vivência mais prazerosa, pois estes partos costumam ser mais suaves, a mulher fica mais relaxada, suavizando a sensação de dor e facilitando assim o nascimento.

Campos (2004), em seu estudo sobre a qualidade da assistência e o nível de satisfação das mulheres assistidas neste CPN mostrou, em primeiro lugar, que os objetivos da Portaria MS/GM nº 985/1999, do Ministério da Saúde, (BRASIL, 1999), estavam sendo alcançados. Além disso, revelou bons indicadores de resultado quando comparados com serviços similares. Quanto à satisfação das usuárias, constatou uma aprovação da assistência recebida por 86% das parturientes entrevistadas. Estas destacaram, dentre outras características, a natureza humanizada das relações entre profissional (enfermeira obstetra) e usuária.

Tais resultados refletem a assistência prestada nesta unidade e explicitam sua relevância no cenário da atenção ao parto e nascimento. Este modelo assistencial, centrado nas necessidades da mulher, do recém-nascido e da família, associado a um ambiente acolhedor similar ao domicílio e uma relação mulher-profissional respeitosa e não autoritária; utilizando-se de tecnologias apropriadas, não só garantem as políticas governamentais, como também refletem nos indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal.

10.2.2 Práticas direcionadas ao recém-nascido e à família

Na perspectiva da integralidade e da humanização da assistência, as práticas neonatais que dificultam o relacionamento entre o bebê e seus pais dão lugar àquelas que se preocupam em atender as necessidades psicobiológicas e sociais da criança e da família. O modelo fundamentado na lógica mecanicista cuja finalidade é a manutenção e a recuperação das condições fisiológicas do bebê é substituído por um modelo fundamentado no processo saúde-doença-cuidado que enfatiza a assistência integral, humanizada e preventiva (SCOCHI, 2000).

No HSF há o reconhecimento da importância de promover a integralidade da assistência

ao recém-nascido, considerando a família como parte da unidade cuidadora. Nesse sentido, foram criadas estratégias que facilitam a permanência da mãe junto ao bebê nas situações em que se fazem necessários os cuidados hospitalares assim como possibilitam o acompanhamento da mãe/família durante a internação do recém-nascido.

10.2.2.1 Casas de Sofias – acolhimento à mulher

Desde o início do funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na instituição era garantida à mãe condições de permanecer na instituição, em período integral. Inicialmente, elas permaneciam em uma enfermaria e, em 2006, foi adquirida uma casa nas proximidades do hospital, denominada Casa de Sofias, possibilitando oferecer, às mães, melhores condições de permanência junto ao filho. Esse novo espaço tem capacidade para acolher 24 mães e é equipado com lavanderia, cozinha, sala de televisão, área externa. Foi também montado, na área destinada à garagem da casa, um salão de beleza para as usuárias e os funcionários da instituição.

A criação e a manutenção da Casa de Sofias correspondem, não apenas à missão do hospital de oferecer aos usuários uma assistência que garanta a integralidade e a humanização da assistência, mas também à decisão política de garantir o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente que determina no artigo 12 que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2003, p.12).

Esta iniciativa tem possibilitado ampliar a assistência oferecida à mulher e ao recém-nascido e tem contribuído para a inclusão da família no cuidado, bem como para a formação da rede de apoio social.

10.2.2.2 Ações voltadas para o acompanhamento do recém-nascido e sua família

Durante a permanência na instituição a gestante de risco e as mães/famílias de recém-nascidos internados nas unidades neonatais são acompanhadas pela equipe multiprofissional. Nesse sentido, são implementadas ações que visam possibilitar a vivência da gestação de risco de maneira mais segura e tranquila, favorecer a construção do vínculo mãe-filho em situação de prematuridade e contribuir na orientação sobre os cuidados com o bebê.

No cotidiano do hospital são desenvolvidas atividades que contam com uma participação significativa por parte das mulheres/famílias. Dentre estas, destacam-se os grupos de reflexão, orientação ao aleitamento materno e orientação sobre a saúde da mulher. Além destas, são promovidas ainda, atividades com as mães, como o banho de sol dos bebês, trabalhos manuais e passeios em pontos turísticos da cidade.

A proposição e implementação dessas práticas cuidadoras tem refletido a decisão institucional e o compromisso dos profissionais com a busca de uma assistência ancorada na integralidade, levando-os a repensarem suas práticas, incorporando as tecnologias leves como um elemento importante na produção do cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família.

10.2.3 Práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido

O Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares (NTIC) é uma nova proposta de atenção à saúde, que propõe ações estratégicas pautadas na humanização da assistência, utilizando-se de recursos naturais e terapêuticos para prevenir agravos, recuperar e promover a saúde de usuários e trabalhadores do Hospital Sofia Feldman. Iniciou suas atividades de forma sistemática no hospital em meados de 2005, quando contava com apenas uma terapeuta qualificada para o manejo de terapias, como: homeopatia, fitoterapia, florais de Bach, reflexologia, dentre outras. Em outubro de 2006, foi criado o NTIC, com proposta sistematizada de assistência, contando com a atuação de três terapeutas.

As práticas integrativas e complementares são definidas pela Portaria de nº 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único Saúde (BRASIL, 2006a) e pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências (BRASIL, 2006b), sendo monitoradas pelo sistema nacional de vigilância sanitária. Com esta política, busca-se atender à demanda da sociedade brasileira, ampliando os serviços oferecidos pelo SUS e contribuindo para a consolidação de políticas de assistência à saúde, de forma mais ampla e segura.

No HSF, o NTIC atende parturientes do Centro de Parto Normal, utilizando-se de: esalda pés, homeopatia, aromaterapia, musicoterapia, método Rességuier e massagem com o objetivo de favorecer a humanização do parto e nascimento, através de qualificação da vivência do trabalho de parto, relaxamento e alívio à dor.

Na Casa das Sofias e na Casa da Gestante, o Núcleo oferece escalda pés e reflexologia, Qi gong medicinal, método Rességuier, musicoterapia e aromaterapia com objetivo de promover o relaxamento, preparar a mulher para o parto, diminuir a ansiedade e as dores no pós-parto. Além disso, são realizadas rodas de conversa com objetivo de resgatar a cultura popular sobre chás e ervas medicinais.

Na Unidade Neonatal, também, são oferecidas as atividades do Núcleo para os recém-nascidos. Dentre elas, destacam-se: a homeopatia, a auriculoterapia, a shantala, os florais e o método Rességuier. O atendimento ao recém-nascido e à mãe, nesta unidade, é feito após solicitação de membros da equipe multiprofissional da assistência.

Além das atividades assistenciais direcionadas aos usuários, os recursos terapêuticos do Núcleo são disponibilizados para os trabalhadores. Neste sentido, reafirma-se a necessidade de “cuidar de quem cuida”, uma das diretrizes da PNH relativa aos trabalhadores. Estes, através do acolhimento feito pelo Núcleo, também se beneficiam da auriculoterapia, escalda pés e reflexologia, homeopatia, florais, iridologia e método Rességuier.

Apesar de ser um recurso relativamente novo na instituição, observa-se uma crescente aceitação e procura pelas terapias oferecidas pelo Núcleo, por parte das usuárias e dos trabalhadores.

10.3 O controle social como instrumento de garantia das práticas cuidadoras no Hospital Sofia Feldman

Como mencionado, a comunidade sempre esteve presente no hospital, institucionalizando-se o controle social por meio da criação da Acau/HSF em 1994. Mais recentemente, em maio de 2006, foi formalizado o Conselho Local de Saúde, o que certamente irá contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

A participação dos usuários nos Conselhos de Saúde está garantida na Constituição Brasileira, artigo 198, Seção II, da saúde (BRASIL, 1988) e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990). Entretanto, sobre que usuário e qual controle social estamos nos referindo? Para Carvalho (1997, p. 94) existem duas visões sobre os conselhos: “(...) heróicos guardiões do SUS ou como construções fúteis, de escassa potência política.”

No HSF, o exercício do controle social é direcionado, em primeira instância, à defesa do usuário o que é feito por meio de uma parceria em construção contínua com a gestão e os trabalhadores. Acredita-se que os representantes dos usuários devem estar inseridos na instituição, participando do processo de monitoramento e avaliação, influenciando assim

as tomadas de decisão institucionais. Como bem afirmam Sposati e Lobo (1992, p. 375) “não basta criar conselhos, comissões, comitês; é necessário estabelecer a forma pela qual estes influenciam as decisões institucionais.”

Para além do exercício do controle, os usuários precisam ser parceiros das instituições, construir relações com os gestores, com os trabalhadores e com os próprios pares. Ao mesmo tempo, há o desafio de manter-lhes a identidade e permitir que andem com suas próprias pernas. Além disso, os conselheiros precisam sempre ter a noção do bem comum e de que a defesa deve ser sempre a favor dos interesses coletivos.

É inegável a importância da inserção do controle social no âmbito da instituição de saúde, entretanto esta é, também, geradora de conflitos. Visando minimizar e facilitar o enfrentamento de tais conflitos, no HSF, desde a implantação do Conselho, foram estabelecidos os fluxos das informações coletadas pelos conselheiros e determinados alguns limites para a sua atuação, apostando em sua participação nos colegiados e evitando a ocorrência de embates diretos com os trabalhadores.

Cecílio (1999) ao tratar da temática sobre o controle social, afirma que considerando que o serviço de saúde é público e que o usuário é um cidadão seria esperada uma confluência de interesses entre ambas as partes: do usuário em cobrar, acompanhar e exigir uma boa qualidade no atendimento e do serviço em ser informado sobre suas falhas e inadequações, no esforço de aprimorar-se cada vez mais.

Observa-se, entretanto, que não é esta a realidade cotidiana nas instituições de saúde. O HSF tem feito diversos investimentos na tentativa de efetivar o controle social como um espaço de exercício ampliado da cidadania, buscando a referida confluência de interesses. Dentro da organização da gestão é prevista, apoiada e incentivada a participação de conselheiros na maioria dos colegiados. Além disso, alguns projetos e estratégias têm sido implementados por meio da parceria entre o hospital, a Acau e o Conselho de Saúde tais como: a presença do plantonista social no período noturno, o conselheiro ouvidor, a doula comunitária, a amiga da família, dentre outros. Ressalta-se que todas estas iniciativas são implementadas por meio do trabalho voluntário respaldado pela Lei do Voluntariado (BRASIL, 1998c).

São reconhecidas as contribuições e avanços da atuação do controle social no hospital. Entretanto, considerando o esforço do Ministério da Saúde e a fragilidade com que ocorre essa inserção na maioria das instituições brasileiras, evidencia-se que este é um movimento ainda incipiente; vislumbrando-se um longo caminho a ser percorrido para que se concretize o controle social previsto e garantido na Constituição Federal.

10.4 À guisa de conclusões

A saúde da mulher e do recém-nascido tem sido considerada um grande desafio para os gestores do Sistema de Saúde dado os altos índices de morbi-mortalidade materna e infantil ainda prevalentes no país. Tais indicadores têm provocado reflexões dos estudiosos à luz do que é preconizado pelas políticas de saúde.

A reversão desse quadro demanda ações no sentido da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Para tal, fazem-se necessárias mudanças do modelo de atenção à saúde com o reconhecimento do usuário como cidadão, sujeito de direitos e deveres, participante e formulador das políticas de saúde bem como a incorporação de práticas cuidadoras humanizadas.

O Hospital Sofia Feldman, atuando na área da saúde da mulher e da criança, desde seu início tem pautado sua assistência na integralidade e na humanização. As práticas cuidadoras propostas e implementadas na instituição refletem valores institucionais, tais como a centralidade no usuário e têm impactado na qualidade da assistência, tanto na saúde da mulher, quanto do recém-nascido e da família, possibilitando a redução das intervenções na atenção ao parto, maior prevalência de aleitamento materno, redução do tempo de permanência do recém-nascido na unidade neonatal, dentre outras. Além disso, diversas práticas são implementadas no sentido de favorecer a participação da mãe/família no cuidado do recém-nascido e a construção do vínculo mãe-filho.

Sendo o hospital um espaço de produção de saúde, não poderia prescindir do exercício de construção da cidadania e do direito à saúde junto aos usuários e aos trabalhadores, o que tem permeado as práticas cuidadoras implementadas pela instituição.

Referências

- ABRASCO et al. **O SUS pra valer**: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, junho 2006. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/manifesto_final.pdf>. Acesso em: 9 set. 2007.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 03/2001 de 3 de abril de 2004. Normatiza a atenção domiciliar terapêutica nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 3 de abr. de 2001.
- BIRÓ, M. A., WALDENSTROEM, U., PANINFEX, J. H. Team Midwifery Care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. **Birth**, [S. l.], v. 27, p. 168-173, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IDB**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/c03.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2010.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, de 16 de abril de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 163, de setembro de 1998a. Trata das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetrix. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, Seção 1, p. 24, set. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.815, de 29 de maio de 1998b. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 48, jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas**. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº. 985. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6. ago. 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998c. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras

providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19. fev, 1998. Disponível em: <HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l9608.htm>. Acesso em: 10. jul. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF Seção 1, p. 20-52, 4 maio 2006a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2006b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>. Acesso em: 10 jul. 2007.

CAMPOS, S. E. V. **Avaliação da qualidade da assistência no Centro de Parto Normal “Dr. David Capistrano da Costa Filho” em Belo Horizonte**. 2004. 159p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY S. (Org.). **Saúde e democracia a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.

CECÍLIO L. C. O.; MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Abrasco, 2003. p. 197-210.

CECÍLIO, L. C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 30-36, set./dez. 1999.

DELEUZE, G. **Espinoza: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002. 144 p.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. N. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciências e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005

FRANÇA, A.; ARAUJO, M. J. O.; CAMPOS NETA, T. de J. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal é política de estado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos**

Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: **GESTÃO em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 459-473.

HODNETT, E. D. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **Cochrane Library**. Oxford: UK. 2001. Issue 3. (Update software).

HODNETT, E.D. Home-like versus conventional settings for birth (Cochrane Review). In: **Cochrane Library**. Oxford: UK, 2003 issue 2. (Update software).

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Planejamento estratégico do Hospital Sofia Feldman**. Belo Horizonte: Fundação de Assistência Integral à Saúde, 2003 (Mimeo).

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, H. P. **Mothering the mother: how a Doula can help you have a shorter, easier and healthier birth**. Cambridge: Perseus Books, 1993. 168p.

LEÃO, M. R de C. **“Tendo uma pessoa ao lado a gente fica muito mais forte... a dor até diminui”**: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por ‘Doulas’. 2000. 175p. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev. Min. Enf.**, [S. l.], v. 7, n. 2, p.134-9, 2003.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A de. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Edusc, Cepesc, IMS/Uerj., 2006. 109 p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: OS SENTIDOS da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001. p. 39-44.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na emergência de um hospital universitário

Amanda Almeida Mudjalieb¹
 Cláudia E. Abbês Baêta Neves²
 Guilherme Cândido Costa³
 Júlia Florêncio Carvalho Ramos⁴
 Lidiane Pereira Raposo⁵
 Verônica Duarte Processi⁶

MERHY, E. E. **saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005. 189 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Appropriate technology for birth. **Lancet**, [S. l.], v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and newborn Health/Safe. Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra: World Health Organization, 1996.

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

PRATEZI, D. C. B. **Métodos não farmacológicos de alívio à dor do parto utilizados na maternidade do Hospital Sofia Feldman**. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2002. 58 p.(Monografia de conclusão de curso de especialização em enfermagem obstétrica)

RAPHAEL, D. **The tender gift**: breastfeeding. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1973. 200 p.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, [S. l.], v. 13, supl. 1, p. 759-68, 2009.

RIESCO, M L C. ; TSUNECHIRO, M. A. Midwifery and nurse – midwifery education: old problems or new possibilities. **Rev. Estud. Femininos**, [S. l.], v. 2, n.10, p. 449-459. 2002.

ROSENBLAT, R. A. et. al. Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk Women. **Am. J. Pub. Health**, [S. l.], n. 87, p. 344-351, 1997.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro**: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. 245f. Tese (Livre Docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

SCOTT, K. D. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis **Am. J. Obstet. Gynecol**, [S. l.], v. 180, n. 5, p. 1054-1059, may, 1999.

SPOSATI, A. LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez., 1992.

¹Psicóloga, Sanitarista, cursando mestrado em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

²Professora Doutora do Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense abbes@luma.ind.br

³Psicólogo e Sanitarista

⁴Psicóloga – cursando pós-graduação *latu senso* em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social – ENSP/Fiocruz

⁵Psicóloga

⁶Psicóloga – cursando pós-graduação *latu senso* em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social – ENSP/Fiocruz

⁷Artigo originalmente publicado em Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 2): S1-S80

Resumo

O presente artigo traz uma experiência de acompanhamento do percurso dos usuários a partir de sua entrada no setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói-RJ. É discutida a metodologia utilizada para este acompanhamento, construída considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, visando dar concretude especialmente à diretriz do Acolhimento. Essa metodologia de acompanhamento do cuidado foi desenvolvida, portanto, de forma a favorecer as trocas e a produção de vínculos entre profissionais, usuários e familiares nos processos de produção do cuidado que são praticados, salientando o caráter coletivo das práticas em saúde.

Palavras-Chave:

Metodologia, Políticas Públicas, Acolhimento.

Abstract:

This article brings an experience of follow up of the users' course from his checking in at Emergency Room at Antônio Pedro University Hospital, in Niterói-RJ. It is discussed the methodology used for this following up, which was built considering the principles and guidelines of the Brazil's National Health Humanization Policy, seeking to consolidate especially the guideline of the "receptiveness". This methodology of following up of the care was developed, therefore, in way to encourage changes and fostering links between health professionals, patients and their relatives in the processes of production of the care, pointing out the collective character of the practices in health.

Key Words:

Methods, Public Policy, Receptiveness.

11.1 Introdução

Este artigo tem como objetivo a discussão de uma metodologia de acompanhamento do cuidado desenvolvida no setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, construída no ano de 2007. Esta experiência foi fruto do estágio em Psicologia Social Institucional “Humanização como política pública de saúde” da Universidade Federal Fluminense, que aconteceu no período de 2005 a 2008⁷.

O trabalho do estágio estava orientado pelos referenciais da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003) e por conceitos da Análise Institucional (LOURAU, 1993), e tinha como propósito a construção/fortalecimento de espaços de troca de experiências entre os diferentes trabalhadores, gestores e usuários no HUAP. Nossa perspectiva era a de que a formação de equipe e a construção de espaços de discussão coletiva seriam estratégias fundamentais de intervenção nos modos de produzir saúde, fortalecendo e ativando processos de autonomia e protagonismo.

Assim, nossa atuação se pautou na análise do processo de trabalho e tinha como foco de problematização as práticas institucionais, tanto as que se apresentavam como hegemônicas, alicerçadas na fragmentação e burocratização das práticas em saúde, quanto as que, mesmo invisibilizadas, resistiam à lógica de funcionamento vigente. O dispositivo das rodas de conversa promovia encontros entre os diferentes atores que atuavam no hospital e favorecia a discussão dos problemas cotidianos, a socialização de informações produzindo efeitos interessantes e funcionando como um modo de intervir na fragmentação do processo de trabalho, considerada um importante entrave no funcionamento da unidade.

Considerando os princípios da PNH – a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão – buscamos, assim, criar estratégias para facilitar a comunicação intra e intergrupos, bem como discutir as práticas de saúde que se davam no cotidiano da Emergência, entendendo que elas não estavam separadas do modo como se fazia a gestão do serviço.

A PNH apresenta como diferencial em relação a outras estratégias de Humanização a própria concepção de humano com a qual trabalha. Considera-se o humano como um ser em permanente processo de construção de sua humanidade e modos de existência. É nas relações com o outro, com aquilo que dele difere, que ele tem ativada sua potência de invenção de si e de modos de sentir e pensar o mundo. Assim, a Política propõe ter uma atuação com acento às diferentes relações em meio às quais o humano se atualiza cotidianamente, nos modos de trabalhar, no cuidado consigo e com o outro, nos modos de fazer gestão e de acolher a alteridade. Nesta proposição o que ganha relevo é o rompimento com um modelo de humano abstrato e universal a ser perseguido como

⁷Participaram desta experiência: Amanda Almeida Mudjalieb, Amanda Ribeiro Gonçalves, Ana Claudia Mello, Guilherme Candido da Costa, Janaína Silva Macedo, Júlia Florêncio Carvalho, Letícia Maria Renault de Barros, Lidiane Pereira Raposo, Miralda de O. Santos, Mirian Amorim Lemos, Renata de Souza Rozendo, Tatiana Clarkson Mattos, Valéria Rodrigues da Conceição e Verônica Duarte Processi, sob supervisão da professora do Departamento de Psicologia Cláudia Abbês Baêta Neves.

ideal balizador do que se poderia denominar de prática humana ou desumana, e a não restrição da relação à sua efetivação intersubjetiva. É nesta direção que a PNH se faz como uma política transversal, diferente de um programa, pois, sua pretensão é atravessar as práticas de produção de saúde, implicando em mudança ética frente aos movimentos de burocratização e desvalorização da vida.

Para concretizar seus princípios, e efetivar-se como um outro “modo de fazer” política pública, o método privilegiado da PNH é o da tríplice inclusão: dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; dos analisadores sociais; e do coletivo. Inclusão daqueles que participam diretamente do processo (profissionais de diversas categorias, gestores, usuários), mas também dos movimentos que tornam a mudança possível, movimentos estes que não pertencem propriamente a indivíduos nem se restringem às práticas já estabelecidas. Compõem, antes, uma dimensão coletiva que está para além da individual, sendo condição para a construção conjunta de redes e novas práticas em saúde no SUS.

A metodologia de trabalho que será discutida neste artigo teve como diferencial a possibilidade de ampliar o diálogo no hospital e também pôr em evidência funcionamentos na gestão do cuidado, bem como operacionalizar o acolhimento nas práticas em saúde. Apostamos, então, num outro modo de estar no hospital, acompanhando o percurso de alguns usuários e assim tendo a possibilidade de compartilhar os processos que compunham a gestão do cuidado e os pontos nos quais esta era pouco resolutiva.

11.2 Estudo de Caso

11.2.1 Histórico

Para situarmos a construção da metodologia em questão, torna-se necessário contextualizar o trabalho que realizamos no HUAP, bem como ressaltar alguns aspectos do funcionamento do hospital.

A partir do ano de 2005, a prática do estágio se traduzia na organização participativa e construção de rodas de conversa com equipes multiprofissionais. O trabalho iniciou com a discussão de dois dispositivos da PNH, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (BRASIL, 2006a), cuja discussão foi disparada primeiramente na Porta de Entrada da Emergência; e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) (BRASIL, 2006b), que incluía principalmente trabalhadores das enfermarias. Nesta ocasião, o HUAP era um hospital com serviço de Emergência aberto à demanda espontânea e importante referência na rede de saúde do município de Niterói. Posteriormente, o serviço de Emergência foi fechado para o atendimento de demanda espontânea, recebendo apenas alguns casos selecionados.

Processo, este, bastante conturbado em sua condução pelo grupo dirigente e doloroso tanto para alguns de seus trabalhadores, quanto para a população do município.

Ao final do ano de 2006, havia uma série de acontecimentos no cotidiano do hospital que contribuíam para o esvaziamento das reuniões de equipe que vinham acontecendo desde 2005. Dentre estes acontecimentos, destacamos o conturbado processo vivido com a mudança de gestão e as consequentes modificações nos rumos do trabalho, acrescido dos problemas decorrentes da insolvência das equipes com o término dos contratos dos trabalhadores tercerizados. Estas modificações eram sentidas pelos trabalhadores como intensificação do desgaste diante da pressão do acesso na porta de entrada, sobrecarga de trabalho, agudizadas pelo deslocamento de profissionais para a nova unidade de UTI e pelo fechamento compulsório do setor denominado repouso, lugar para o qual eram levados ou mantidos os pacientes com maior risco de morte. Este setor concentrava o maior número de óbitos da emergência e seu fechamento fez com que os números e casos de óbitos se distribuíssem e tivessem visibilidade por todos os setores da Emergência, produzindo enormes desgastes na lida cotidiana com estas questões tanto por parte dos trabalhadores, quanto dos usuários internados e seus familiares.

No início de 2007, marcamos reuniões para avaliarmos o trabalho desenvolvido no ano anterior, porém a presença de poucas pessoas evidenciou o esfriamento das discussões que vinham sendo realizadas e, ao mesmo tempo, possibilitou o questionamento da nossa inserção no HUAP e da burocratização que as reuniões haviam produzido. Percebemos que estávamos distantes da matéria primordial do trabalho, ou seja, das práticas cotidianas do fazer em saúde no hospital. Revendo nossas estratégias, decidimos estar mais presentes no cotidiano do serviço, conversando com os profissionais, nos reaproximando de forma a possibilitar discussões ali mesmo no setor.

A busca por estar com profissionais e usuários do HUAP foi o princípio fundamental que permitiu nossa reaproximação da Emergência, das enfermarias e de outros setores do hospital. Desenvolvemos uma metodologia de acompanhamento do cuidado no segundo semestre de 2007, inicialmente apenas o grupo da Psicologia, e posteriormente buscamos construir um Estágio Multiprofissional, com alunos de Serviço Social e Enfermagem. Consideramos esta uma experiência relevante, pois aponta para modos concretos de dar visibilidade aos entraves cotidianos dos serviços de saúde e para a construção de encaminhamentos que priorizam a resolutividade no processo de cuidado.

11.2.2 Metodologia de Acompanhamento do Cuidado

Tendo como objetivo o acompanhamento da gestão do cuidado, realizamos visitas diárias à Emergência do HUAP, sempre em duplas. Os usuários a serem acompanhados eram escolhidos inicialmente com auxílio da Coordenadora da Porta de Entrada e do Coordenador de Enfermagem da Emergência. Na medida em que o trabalho foi se desenvolvendo, contamos com a ajuda dos próprios trabalhadores do Serviço de Emergência na indicação de usuários com maior tempo de permanência nos “box” da emergência, cuja média variava de dez dias a um mês, ou os que aguardavam há mais tempo as avaliações de diferentes especialidades para conclusão de diagnóstico. Acompanhamos, durante o período de um mês, 16 usuários que estavam na Emergência, até a saída do hospital – por alta, transferência ou óbito – inclusive em outros setores por onde tinham passado, como enfermarias ou CTI.

Procuramos seguir a indicação dos casos cujos quadros clínicos apontassem uma maior demora em sua resolução, seja por necessidade de cuidados mais intensivos, seja pela demanda de articulação com outros setores do hospital ou com a rede de serviços. De cada caso, recolhíamos dados como: a data de entrada na unidade, o tempo de permanência do usuário no hospital, sua queixa principal, elementos do processo de cuidado; a identificação da equipe responsável pelo cuidado, por parte do usuário/rede social; e a saída deste do hospital.

Durante todo o processo de acompanhamento procurávamos conversar com os profissionais dos setores envolvidos no cuidado a fim de trazer à discussão os processos que perpassam o ato de cuidar e evidenciar os pontos críticos, criando estranhamento a funcionamentos naturalizados.

Procuramos na montagem da escala de visitas ao HUAP garantir que cada um de nós estivesse presente pelo menos em dois dias consecutivos assegurando a construção/manutenção do vínculo com o usuário e sua família. As informações sobre cada um dos usuários eram registradas e repassadas, já que cada ação se fazia numa relação de continuidade com as anteriores. Com isso pretendíamos fazer uma interferência no funcionamento típico dos rodízios de plantões dos trabalhadores na Emergência, caracterizado pela ausência de uma equipe de referência responsável horizontalmente pelo cuidado do usuário.

Por fim, foi construído um documento para os gestores e trabalhadores da unidade, relatando o acompanhamento e apresentando todos os dados coletados. As questões apontadas no documento foram validadas pelos trabalhadores presentes, que indicaram o quanto foi importante reconhecer os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços organizados em um documento.

11.3 Discussão

Ao longo da construção dessa metodologia de acompanhamento do cuidado, foi possível perceber que ela funcionou como instrumento analisador (BARROS, 2007)⁸ dos diferentes entraves que ocorriam no cotidiano do hospital, dando visibilidade aos problemas vivenciados pelos profissionais do hospital e pelos usuários, mas que em sua maioria não eram adotados como problemas a serem enfrentados pela equipe. Fizemos um levantamento sistemático de uma série destes problemas para que pudessem ser tratados de maneira organizada e levados à gestão oficial. Porém, cabe salientar que, mais do que coletar dados, este modo de acompanhamento do cuidado proporcionou uma maior proximidade com os profissionais da unidade e seus modos de fazer no dia a dia, suas dificuldades e estratégias ao lidar com as mesmas.

A realização desta metodologia nesse contexto foi uma ferramenta que permitiu operar algumas práticas de Acolhimento na Emergência. O Acolhimento é a diretriz da PNH que destaca a construção de redes de conversação como estratégia de produção de corresponsabilização, vínculo e resolutividade no cuidado (BRASIL, 2006). Em última instância, esse modo de acompanhar os usuários propiciou que os próprios trabalhadores comesçassem a questionar o processo de trabalho e discutissem a necessidade de atuar em rede para garantia da integralidade. Esse acompanhamento do cuidado também foi catalisador de novos encontros entre grupos de trabalhadores, entre trabalhadores e usuários e do nosso grupo de estágio com o cotidiano do hospital.

Tais encontros permitiram uma série de conversas e discussões que deram origem a um documento. A apresentação deste documento contendo o relato dos casos acompanhados em uma reunião com trabalhadores e gestores da unidade evidenciou a necessidade de se priorizar o Acolhimento como uma diretriz que atravessa as práticas de gestores e trabalhadores para que se possa compartilhar saberes e construir metas e prioridades para garantir resolutividade ao cuidado.

Por meio da sistematização dos dados, buscou-se incluir na agenda dos gestores os problemas/estratégias levantados pelos trabalhadores e usuários. Portanto, o documento elaborado foi um relato sistematizado dos encontros produzidos a partir dos casos dos quais nos aproximamos, mas também foi um modo de evidenciar a indissociabilidade entre os dois modos de gestão presentes no hospital – a gestão oficial e a cotidiana – postos em prática pelos trabalhadores.

Alguns pontos se destacaram no acompanhamento realizado, seja porque comprometiam a resolutividade dos casos, seja porque eram apontados pelos trabalhadores como problemas. Dentre eles: a organização do trabalho por meio de rodízio de plantões; a ausência de uma equipe de referência ou profissional diarista responsável horizontalmente pelo cuidado

do usuário e sua rede social; a falta de registro de encaminhamentos na ocasião da alta; a dificuldade de pactuação entre a emergência e as enfermarias de especialidades do hospital; e o uso burocrático do prontuário. Tais problemas apontavam principalmente para a baixa articulação da Emergência com a rede interna e externa ao hospital.

No que concerne à rede interna, é importante destacar o investimento do Hospital Universitário prioritariamente em práticas que mantêm o foco nas especialidades em detrimento do caráter generalista de um serviço de Urgência/ Emergência. Estes serviços recebem uma demanda diversificada que nem sempre é vista como instrumento de construção de saber, já que atualmente cresce a ênfase nos especialismos. Assim, o que se percebe no Hospital Universitário, em geral, é o privilégio de casos que seriam supostamente de maior interesse para a formação médica, independente do papel do hospital como parte da rede de saúde.

Ainda em relação à pactuação da Emergência com a rede interna, destacamos a demora das especialidades médicas em responder aos pareceres solicitados pela Emergência e a estratégia, adotada pelos profissionais da enfermagem, de reenviar diariamente as solicitações de pareceres, na tentativa de dar visibilidade à demora nas respostas e agilizar o tratamento.

Não havia também um protocolo ou rotina, para o usuário e seu acompanhante, quanto às orientações sobre os cuidados que teriam que ser continuados em casa ou mesmo em outras unidades da rede de saúde, o que evidencia o entendimento de que a unidade de saúde não tem responsabilidade sobre a orientação aos cuidados que devem ser continuados após a alta – seja em casa junto à rede social ou em outros níveis de atenção como postos de saúde, ambulatórios, etc.

Por fim, a organização do trabalho baseada em equipes de plantonistas, a ausência de uma equipe responsável horizontalmente pelo cuidado e o uso burocrático do prontuário produzia uma atenção fragmentada ao usuário ao longo dos plantões e, por vezes, sem a devida resolutividade. Na prática, percebíamos que esta fragmentação resultava em atrasos na investigação diagnóstica ou no tratamento do usuário tendo como consequência, por exemplo, o extravio de pedidos e resultados de exames e pareceres.

Nesse sentido, a PNH nos fornece duas ferramentas para intervenção nesse tipo de situação: o prontuário transdisciplinar – o prontuário como instrumento de comunicação e auxílio na manutenção da continuidade do cuidado pelos diferentes atores do processo – e o Projeto Terapêutico Singular – um projeto de cuidado que inclui as ações dos profissionais que atenderam o usuário anteriormente e define os encaminhamentos necessários para aquele caso.

⁸Segundo Benevides de Barros (2007), os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano.

Nos acompanhamentos que realizamos era enfatizada a construção de vínculo com usuário e rede social. Isto não só porque tínhamos preocupação em dar continuidade às ações que eram disparadas na tentativa de dissolução dos entraves que aumentavam o tempo de permanência no serviço de emergência, mas também com o intuito de construir com os trabalhadores um outro modo de estar com os usuários. Era possível perceber que quando havia uma responsabilização pelo cuidado uma série de procedimentos eram agilizados e os usuários se sentiam mais acolhidos em suas demandas. Daí a importância de construir uma maior rede de responsabilização pelo usuário, de modo que diferentes profissionais possam buscar formas coletivas de resolução dos impasses na continuidade do tratamento.

11.4 Conclusão

Queremos afirmar o caráter provisório desta metodologia, que não tinha a pretensão de institucionalizar mais uma função na Emergência, e sim colocar em análise as formas naturalizadas de lidar com as dificuldades na resolução dos casos, com os dilemas cotidianos do hospital, formas estas que acabavam comprometendo a integralidade do agir em saúde frente à crescente tendência de fragmentação da atenção. O que norteava o processo de acompanhamento era garantir a continuidade do cuidado dos usuários, envolvendo para isso os profissionais que ali estavam, de modo que pudesse haver a construção conjunta de outras práticas mais comprometidas com a produção de saúde.

Desse modo, a metodologia que foi sendo composta em meio ao processo de acompanhamento mostra-se como um modo de fazer que pode ser colocado em prática por todo profissional de saúde. Apontamos para a importância da definição de uma equipe de referência nos processos da atenção e gestão do cuidado, que possa responsabilizar-se pelo usuário, ou a inserção do profissional diarista que estabeleça uma continuidade, de forma que o cuidado seja pensado como uma linha que vai sendo tecida, já que a emergência neste hospital estava configurada como local de longa permanência.

Percebe-se que as interferências feitas durante o acompanhamento muitas vezes geravam encaminhamentos para casos que antes se arrastavam sem ter visibilidade, o que indica a importância de se investir neste modo de fazer que atente para a construção de vínculo e para a realização de um trabalho em equipe, em que os impasses sejam pensados conjuntamente visando a resolutividade dos casos.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Humanização foi um eixo norteador deste trabalho na medida em que procuramos exercitar seus princípios de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos

solidários, participação coletiva no processo de gestão e indissociabilidade entre atenção e gestão. Neste percurso procuramos criar um modo de fazer que permitiu nos aproximar dos diferentes sujeitos implicados no processo de cuidado – usuários, rede social, gestores e trabalhadores e colocar em evidência os processos que provocavam entraves à continuidade do cuidado, bem como apontar caminhos para uma forma de cuidar mais responsável e produtora de saúde.

Agradecimentos

Aos demais alunos que participaram dessa experiência de estágio e aos trabalhadores e usuários da Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro.

Referências

- BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre. Sulina/ Editora da UFRGS, 2007.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de trabalho de humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
- LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro. UERJ, 1993.

12

**Projeto
Conhecendo
Quem
Faz**

Aide Mitie Kudo'
Priscila Bagio Maria



Resumo

Projeto “Conhecendo Quem Faz”

O “Projeto Conhecendo Quem Faz” possibilita ao profissional da saúde, que atua nas áreas administrativas e de apoio e que, portanto, não têm o contato direto com os pacientes, a possibilidade conhecer os pacientes que são indiretamente atendidos por eles. Este fato dá outro significado ao trabalho rotineiro e impessoal desenvolvidos nessas áreas. O contato os pacientes sensibiliza os profissionais na reflexão de que as atividades realizadas cotidianamente são voltadas ao cuidado com o outro, e não meramente burocráticas ou técnicas. É também uma importante estratégia de ação na motivação e satisfação dos profissionais em relação ao desenvolvimento de sua atividade rotineira.

Palavras-chaves:

valorização do profissional, automotivação, humanização.

12.1 Introdução

Nas instituições hospitalares, além dos profissionais de saúde que assistem diretamente os pacientes, há os profissionais das áreas de apoio e administrativas que têm pouco ou nenhum contato direto com os pacientes, mas que são imprescindíveis para o atendimento à saúde.

Na maioria das vezes, os profissionais das áreas do laboratório, farmácia, cozinha hospitalar, suprimentos, administrativos, etc., exercem suas funções mecanicamente, pois lidam com prontuários, materiais, lâminas, exames e dietas exigindo padronização de rotinas, condutas e controles. Essas atividades passam a ser automatizadas e impessoais, levando a uma rotina de serviço onde, apesar do objetivo final ser a assistência ao paciente, os profissionais não conseguem visualizar que seu trabalho faz parte de um contexto e que é importante ao bom atendimento ao paciente.

O “Projeto Quem Faz”, idealizado pelo Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr – HCFMUSP), consiste em realizar visitas, com as crianças e adolescentes internados, nessas áreas do hospital que não têm contato direto com os pacientes.

A ideia inicial surgiu da necessidade de esclarecer para as crianças internadas os processos que envolvem o tratamento clínico, mostrando por meio de visitas às áreas responsáveis pela realização de exames, e pelo fornecimento de medicações e materiais utilizados durante a internação. Essa ação, a princípio voltada para os pacientes, teve um impacto positivo com relação aos profissionais das áreas visitadas. A partir disso, o projeto foi ampliado e adaptado enfocando principalmente a relação dos profissionais com a criança hospitalizada.

12.2 Objetivos

O projeto “Conhecendo Quem Faz” tem como um dos objetivos favorecer a aproximação dos profissionais de áreas de apoio e administrativas com as crianças e adolescentes internados no ICr – HCFMUSP. Essa aproximação permite a sensibilização desses profissionais para o significado da execução das tarefas, mostrando que objetivo final de todo o trabalho é, direta e indiretamente, voltado à recuperação da saúde da criança internada.

12.3 Metodologia

As crianças internadas realizam “visitas” semanais aos setores administrativos e de apoio. Elas são previamente liberadas pela equipe médica e de enfermagem, de acordo com as condições clínicas, a necessidade ou não de auxílio na locomoção e o nível de dependência de oxigênio. São acompanhadas pelo terapeuta ocupacional que apresenta e correlaciona os setores com as rotinas e procedimentos vivenciados por elas durante o processo de internação.

Durante as visitas, os profissionais explicam para as crianças o funcionamento do setor e demonstram, na prática, como são realizados os pedidos de compra do hospital, o preenchimento de determinados formulários, a análise dos exames, as montagens das dietas dos pacientes, etc.

12.4 Desenvolvimento

Além das visitas, aplicou-se um questionário com os profissionais, para avaliar o projeto. As perguntas abordavam a compreensão dos profissionais sobre a importância do projeto e se de alguma forma houve alteração no desenvolvimento do seu trabalho; solicitava também sugestões para aprimoramento do projeto.

A seguir, algumas respostas obtidas no questionário:

1. Você acha importante receber visitas semanais dos pacientes internados no Instituto da Criança, através do projeto “Conhecendo Quem Faz”?

- “Sim, porque com esse projeto os pacientes podem conhecer melhor todos os profissionais do instituto, entendendo qual a importância de cada um”. (T. – Diretoria Executiva)
- “Sim, porque podemos conhecer aquela “pessoinha” que muitas vezes conhecemos só por nome ou número (do prontuário)”. (Anônimo)
- “Sim, é importante para o bom atendimento do próprio paciente, e os leva a ter consciência que não está num lugar onde somente existem agulhas, soros, curativos e exames”. (M. A. – Serviço de Faturamento)
- “Sim, porque eles ficam muito felizes e isso é gratificante para nós”. (A. – Divisão de Nutrição)

- “Sim, é bom as pessoas saberem sobre o nosso serviço”. (Anônimo)
- “Sim, porque todos os exames realizados no Laboratório ‘começa’ a ter uma importância muito grande, pois faz conhecer o paciente e exame, diminuindo distância entre laboratório e paciente”. (S. – Serviço de Laboratório)

2. Você acha importante explicar a eles sobre seu trabalho?

- “Sim, acho importante explicar o que o setor faz, e de que forma isto influi no atendimento a ele”. (A. E. – Divisão de Recursos Humanos)
- “Sim, eles aprendem que num hospital existem vários profissionais. Eu sempre explico que é o nosso setor que cobra a conta (exames realizados, medicação, etc.)”. (R. Serviço Faturamento)
- “Sim, porque eles aprendem que em um hospital não existem apenas médicos, enfermeiras e remédios. Existem pessoas que têm outras funções interessantes e também importantes”. (Anônimo)
- “Sim, Faz com que ela possa saber mais um pouco do trabalho que também faz parte de alguma forma do seu tratamento”. (M. A. – Serviço de Faturamento)
- “Sim, para eles saberem a importância que nosso trabalho tem para o bem-estar deles”. (Anônimo)

3. O contato direto com os pacientes mudou de alguma forma o seu trabalho?

- “Sim, é sempre um estímulo a mais ver a verdadeira razão do nosso trabalho ser realizado, ou seja, a criança tendo um bom atendimento”. (A. E. – Recursos Humanos)
- “Sim, nos dá maior motivação”. (C. – Divisão de Finanças)
- “Sim, porque me sinto mais humana, pois sei que não estou trabalhando só para um bloco de concreto e sim com vidas (ser humano), eu tenho orgulho quando eles vêm me visitar”. (M. – Divisão de Finanças)
- “Sim, porque quando pensamos em cada paciente, procuramos nos dedicar mais, pois o resultado final sempre será refletido no paciente”. (T. – Diretoria Executiva)

- *“Sim, a partir do momento que começaram as visitas, os exames realizados que eram tratados de uma maneira técnica começaram a ‘serem visto’ com mais humanidade, carinho”. (F. – Serviço de Laboratório)*
- *“Sim, faz muito bem ter contato com os ‘paciente’ que conhecemos apenas no papel e podermos saber mais de suas vidinhas”. (M. A. – Serviço de Faturamento).*

12.5 Conclusão

Percebeu-se que o projeto tem uma repercussão positiva não somente com relação aos profissionais, mas também com os pacientes, pois auxilia na compreensão do processo de hospitalização pela criança e conseqüentemente da aceitação e adaptação ao ambiente hospitalar, diminuindo os sentimentos negativos desencadeados pelo desconhecimento e incerteza diante da rotina hospitalar.

O principal fato destacado no questionário respondido pelos profissionais foi a motivação e dedicação ao trabalho após a visita dos pacientes. O contato com a criança hospitalizada sensibilizou alguns participantes na reflexão de que as atividades realizadas cotidianamente são voltadas ao cuidado com o outro, e não meramente burocráticas ou técnicas.

O “Projeto Conhecendo Quem Faz” torna-se assim, uma importante estratégia de ação na motivação e satisfação dos profissionais em relação ao desenvolvimento de sua atividade rotineira, pois da mesma forma que todo processo de conscientização deve ser interno e natural, a motivação é uma consequência do autorreconhecimento e autovalorização de seu trabalho.

13

Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores

Yara Cristina Neves Marques Barbosa Ribeiro¹
Ricardo Luiz Vilela de Castro²

¹Médica Pediatra, Mestre em Pediatría, Especialista em Saúde Pública e Diretora da Urgência e Atenção Especializada do Hospital Municipal Odilon Behrens. E-mail: ybarrib@yahoo.com.br

²Graduado em Estatística pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrando em Estatística pela UFMG, Estatístico do Hospital Municipal Odilon Behrens.

³Sensibilidade é a probabilidade de um paciente que foi classificado como de determinada cor pelo padrão ouro também ter sido classificado como desta mesma cor pelos enfermeiros do serviço. Especificidade é a probabilidade de um paciente que não foi classificado como de determinada cor pelo padrão ouro também não ter sido classificado como desta mesma cor pelos enfermeiros do serviço. Valor de Predição Positivo (VPP) é a probabilidade de um paciente que foi classificado como de determinada cor pelo enfermeiro do serviço também ter sido classificado como desta mesma cor pelo padrão ouro. Valor de Predição Negativo (VPN) é a probabilidade de um paciente que não foi classificado como de determinada cor pelo enfermeiro do serviço também não ter sido classificado como desta mesma cor pelo padrão ouro. Coeficiente Cohen's kappa é um coeficiente de concordância entre dois classificadores amplamente utilizado (AGRESTI, A., 2002)

13.1 Introdução

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco teve como objetivos substituir a triagem realizada por recepcionistas e porteiros e garantir a ampliação do acesso ao serviço de urgência; qualificar a escuta dos acolhedores permitindo um maior grau de responsabilização e satisfação do usuário; ampliar o trabalho em equipe reconhecendo todos os “saberes” e trabalhando os conflitos; atender prioritariamente e com metas definidas, para redução gradativa do tempo de espera, os pacientes classificados com maior grau de risco e sofrimento; reestruturar o Projeto “Posso Ajudar ?” ampliando o Acolhimento nas portas de entrada do hospital e nas clínicas, possibilitando a orientação de fluxos, o apoio aos usuários, visitantes e acompanhantes, dando respostas e encaminhamentos às suas dúvidas e necessidades.

Em 2008, o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) passou a integrar o Programa de Qualificação de Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (PROHOSP, 2003) incluindo em seu plano de trabalho a implantação do protocolo de triagem de Manchester (MACKWAY-JONES, K, 2005). A partir daí e buscando estabelecer: primeiro, a eficiência dos enfermeiros quanto à utilização do protocolo; segundo, a relação entre o resultado da classificação e os óbitos; terceiro, a relação com as internações no hospital e; por último, a comparabilidade entre o protocolo já em uso no hospital e o novo para facilitar o período de transição do processo, foi feita uma análise de 586 boletins de emergência (BE), no ano de 2007. Para avaliar a eficiência dos enfermeiros na utilização do protocolo, os BEs selecionados foram reclassificados por uma pessoa qualificada e seguindo o protocolo fielmente, de tal forma que esta classificação fosse considerada como padrão ouro. A qualidade das classificações foi avaliada através de cinco estatísticas³: sensibilidade, especificidade, valores de predição positivo e negativo e coeficiente de Cohen's Kappa. Todas estas estatísticas foram estimadas para cada cor do protocolo, para obter informações mais detalhadas por cor. Assim, para cada cor em questão os dados foram “dicotomizados”.

Os resultados obtidos podem ser analisados em duas vertentes:

- 1- Resultados do processo acolhimento: traduzidos pela melhoria do acesso ao serviço, a ampliação do trabalho em equipe, a inclusão de diversas categorias profissionais no pronto-socorro; o melhor relacionamento entre os profissionais e destes com os usuários; a diferenciação do tempo de espera de acordo com a gravidade dos casos; o aumento do grau de protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários.
- 2- Resultados do trabalho de pesquisa realizado a partir dos dados da classificação de risco, entre os quais temos:

- A classificação de risco feita pelos enfermeiros do hospital, levando em conta o Protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), teve uma concordância de boa ou muito boa com o padrão ouro do próprio Protocolo.

- Os dois Protocolos de Classificação de Risco estudados estão mais associados nas cores verde e azul. Entretanto, o Protocolo de Manchester considera muito mais pacientes como “laranja” que o Protocolo do HOB como “vermelho II”, sugerindo que estas cores não podem ser consideradas como de igual risco. Da mesma forma, o Protocolo de Manchester classifica menos pacientes como azuis e amarelos que o do HOB. De fato, parte dos pacientes classificados como azuis pelo Protocolo do HOB é considerada como verde pelo de Manchester, e parte dos verdes do HOB são considerados amarelos pelo de Manchester, e a maioria dos amarelos do HOB é classificada como laranja pelo de Manchester. Assim, concluímos que (com base nos dados de 2007) há tendência do Protocolo de Manchester em classificar os pacientes como mais graves do que pelo Protocolo do HOB.

- Vemos no cotidiano que o atendimento às emergências médicas requer do corpo técnico hospitalar um treinamento específico, uma agilidade que tem de ser assertiva e muito específica. No entanto, este tipo de atendimento corresponde a um percentual muito pequeno, menos de 5% da demanda diária de um pronto-socorro. Isto traz a todos os envolvidos certa sensação de insatisfação e talvez de não compreensão de seu papel nas portas de entrada. A reorganização da Urgência a partir da lógica do Acolhimento com Classificação de Risco tem permitido a construção-gestão de uma nova forma de interlocução destas demandas e uma maior adesão do corpo clínico hospitalar, com um maior grau de protagonismo e responsabilização. A diretriz **Acolhimento**, constitutiva dos modos de se produzir saúde como ato ou efeito de acolher, implica uma atitude de inclusão e é também um dispositivo de qualificação da escuta, vínculo, e acesso responsável. Predispondo à conversa, interlocução e ao diálogo, permite ao grupo entender as necessidades de saúde apresentada e responsabilizar-se pelas pessoas que o procuram, buscando a solução do problema real e criando a possibilidade do fortalecimento da rede de atenção. A “ferramenta” **Classificação de Risco** predispõe a uma reorganização do setor a partir da agilidade do atendimento em todos os setores, permitindo a efetivação da linha do cuidado e da transdisciplinaridade, fortalecendo e ampliando a função da clínica e dando, portanto, condições ao grupo de se enxergar dentro de uma nova lógica de atenção.

Entendemos que ambos os processos são importantes para as portas de entrada hospitalar, possibilitando uma reorganização do sentido das mesmas.

13.2 Um pouco da história da classificação de risco

O conceito de priorizar os pacientes e atendê-los de acordo com a gravidade de seus problemas já era praticado na França desde 1800. Em Medicina, foi inicialmente descrito por Baron Dominique Jean-Larrey (1766-1842), o cirurgião de Napoleão Bonaparte, responsável também pela primeira ambulância volante (BEVERIDGE, 2000).

A primeira descrição sistemática de triagem foi feita no século XIX, por E. Richard Weirnerman, em Baltimore. A partir de então esta prática começou a ocorrer com maior frequência nas unidades de emergência, como uma possibilidade de organização dos serviços e priorização dos pacientes por gravidade.

Em 1970, a Austrália começou uma sistematização desta triagem, sendo que em 1993 foi adotado em nível nacional uma escala de classificação de cinco níveis (NTS). Em 1994, o Colégio Australiano de Medicina de Urgência introduziu o conceito dos tempos máximos de espera por nível de classificação para o atendimento médico e também de indicadores de performance, baseado na proporção de pacientes dentro do tempo de espera, média de admissão e diagnóstico sentinela.

Em 1995, o Canadá implantou também a sua escala de classificação de cinco níveis (CTAS), tomando como base a escala australiana e modificando-a para a sua realidade e, em 2002, foi o momento da Inglaterra, com a escala de Manchester, que atualmente tem sido usada difusamente em várias países europeus.

No Brasil, a triagem de pacientes nas Unidades de Urgência começou a ter legitimidade a partir da Portaria MS/GM nº 2.048, de 2002, que regulamenta o funcionamento da urgência/emergência em todo território nacional e preconiza como ferramenta de gestão da urgência, o Acolhimento com Classificação de Risco.

Nessa época, o Ministério da Saúde (MS) lançou também a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa de Qualificação da Gestão do SUS (QualiSUS). A PNH trouxe vários dispositivos de norteamiento para a atuação dos profissionais na área hospitalar, sendo que a Diretriz do Acolhimento foi pioneiramente incorporada à classificação de Risco, constituindo um avanço no modo de atenção aos usuários do SUS na urgência. O QualiSUS, por sua vez, trouxe o investimento necessário para modificações tecnológicas e de ambiência, para a efetiva implementação da ferramenta “Classificação de Risco” nas urgências.

O Município de Belo Horizonte-MG, já trilhava este caminho há alguns anos, sendo que em 2002 foi implantada pioneiramente em uma das Unidades de Pronto Atendimento da cidade uma sistematização de classificação de risco e, a partir daí, foi difundida por todas as outras portas de entrada.

O Hospital Municipal Odilon Behrens, inserido na rede de urgência municipal e constituindo uma importante referência do atendimento de urgências clínicas, vinha discutindo a ferramenta desde o início da nova gestão em 2003. Desta forma, após uma reforma estrutural realizada em 2005, foi implantado o novo modelo de atendimento com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e, em 2009, inicia-se uma nova etapa com a introdução do protocolo de Manchester.

13.3 O Acolhimento com Classificação de Risco na Urgência

A partir da decisão do colegiado do pronto-socorro e utilizando uma metodologia de implantação do processo baseada no método do “apoio” (CAMPOS, 2006) que tem sua centralização na reflexão sobre o fazer e em suas repercussões sobre sujeitos e sua capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes, começou-se a discutir as possibilidades de mudança no modelo do atendimento externo do Pronto-Socorro do HOB. Experiências na literatura e em visitas dentro do País foram avaliadas buscando as que mais se adaptassem à realidade hospitalar.

Foi construído um plano de ação para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital através de uma grande oficina, com a participação de representantes de todos os setores do pronto-socorro, serviços de apoio, direção e Conselho Local de Saúde e de consultores do MS. O modelo de gestão participativa em vigência, como já dito, foi primordial para o início das discussões sobre os processos de trabalho na emergência do hospital aumentando a capilaridade do processo e a disseminação dos conceitos, possibilitando uma elaboração de um plano de ação do setor de emergência, com responsabilização e vinculação dos diversos atores envolvidos.

Para a implantação do processo foram utilizadas metodologias interativas de escuta dos problemas e das propostas de ações, aprimorando a capacidade dos profissionais de compreender e analisar o seu processo de trabalho. A construção coletiva, contando inclusive com a participação de usuários, foi estratégia de interferência no processo de produção de saúde, considerando que sujeitos/trabalhadores, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo (PNH/MS, 2007). Foi elaborado um protocolo de classificação de risco a partir da adaptação do protocolo canadense, e realizadas as reformas físicas necessárias.

Desta forma, em setembro de 2005, foi implantado o novo modelo de assistência da urgência no hospital, cujo principal diferencial encontra-se na forma de Acolher o usuário e na consolidação do processo pela grande participação de todos os envolvidos, inclusive o controle social, na solução dos eventuais problemas, através do colegiado da unidade de

produção que se reúne deste então, mensalmente, de forma sistemática. Este espaço de convivência possibilita a troca de experiências dos profissionais e usuários na busca de uma forma de solução dos problemas, conflitos e definição de papéis, criando uma coprodução de saberes e uma apropriação do modo de fazer o Acolhimento e a Classificação de Risco no Hospital. Propicia, portanto, uma avaliação do processo com ajustes e correções de rumo, diminuindo ruídos e conflitos.

A partir daí, e entendendo Acolhimento como uma possibilidade de “encontro” entre as pessoas no qual é trabalhada pelo profissional da saúde a sua capacidade de colocar em prática uma escuta diferenciada, criando um vínculo e conseqüente responsabilização, viu-se que esta diretriz da PNH, sendo ampla e extrapolando a porta de entrada da urgência, possibilitou uma reflexão de todo o hospital, buscando uma melhor atuação dos diversos setores de apoio, assistencial e ambulatorial, na construção de fluxos, aumentando a resolutividade e qualidade da assistência.

Sequência do processo:

- Decisão do Colegiado da Urgência de modificar o modelo de atendimento da Porta de Entrada.
- Busca de apoio na literatura e recursos para reforma estrutural.
- Apoio do QualiSUS e HumanizaSUS com grande atuação dos consultores no desenvolvimento do processo: discussão sobre a ambiência, clínica ampliada e participação efetiva na implantação.
- Grande oficina de levantamento de problemas para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e elaboração de um plano operativo com responsáveis, prazo e forma de acompanhamento.
- Envolvimento dos conselhos de classe (Médico e de Enfermagem) e Conselho Local de Saúde em busca de apoio ao novo modelo de atendimento.
- Apresentação à Rede de Urgência Municipal e à Gerência de Assistência Municipal, para maior integração.
- Divulgação e aprovação nos Conselhos de Saúde Municipal e de diversas regionais.
- Determinação de grupos operativos para construção do protocolo de risco a ser usado pela enfermagem (Protocolo de Classificação de Risco) e Manual de Contrarreferência (Manual do Acolhedor).

- Construção dos fluxos prioritários de atendimento com os setores de Imagem e Laboratório.
- Realização de oficinas de sensibilização com todos os profissionais da urgência e os de apoio.
- Treinamento das enfermeiras para a aplicação do protocolo.
- Integração destas ações com a discussão do controle social (Visita Aberta, direito a acompanhantes, refeitório para acompanhantes, banho para acompanhantes etc.).
- Contratação de pessoal específico para o setor, apostando no modelo de Acolhimento com Classificação de Risco: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
- Criação de um consenso na determinação das funções de cada profissional de apoio à Classificação de Risco.
- Discussão e implementação da horizontalização do cuidado médico.
- Criação de indicadores e processo de acompanhamento da Classificação de Risco, com reuniões periódicas com as regionais de saúde, buscando um maior entendimento do processo pela Rede Municipal e integração com os profissionais do hospital.
- Divulgação em mural do setor destes indicadores de acompanhamento, bem como dos planos operativos elaborados nas reuniões, propiciando uma clareza do processo e possibilidade de intervenção.
- Discussão com outros setores do hospital sempre que necessário para melhoria de fluxos internos.
- Manutenção de grupos de capacitação e sensibilização dos novos funcionários quanto ao formato de atendimento do pronto-socorro, principalmente no que se refere ao acolhimento.
- Construção do Contrato Interno de Gestão da unidade com metas e indicadores específicos.
- Reavaliação mensal dos indicadores e do processo com a redefinição de tarefas e ajustes necessários.

Em 2008, com a assinatura do Prohosp e a necessidade de inserção do HOB na rede de atenção hospitalar estadual, foi proposta a modificação do Protocolo de Classificação já em uso, iniciando-se uma nova etapa de discussão com o corpo clínico para planejamento do período de transição dos protocolos de classificação. Todos os profissionais da urgência foram novamente envolvidos para a discussão e criação dos novos fluxos internos de funcionamento da Emergência. Foi necessário acrescentar à equipe mais um profissional da enfermagem no período noturno, além de diversas modificações internas.

As principais mudanças foram:

- A Classificação de Risco passou a funcionar 24 horas/dia.
- A cor Laranja foi introduzida substituindo a cor Vermelho II.
- Todos os pacientes que procuram o HOB e que, após o acolhimento apresentam demandas de consulta são classificados e atendidos de acordo com as cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Os pacientes recebem uma pulseira na respectiva cor para melhor identificação e priorização para a solicitação e liberação de exames.
- Pacientes trazidos pelas Unidades Móveis Básicas passam pela classificação e são encaminhados aos setores, se necessário, de acordo com os circuitos já estabelecidos.
- Pacientes que eram atendidos sem a classificação, como os da odontologia, ortopedia, ginecologia, obstetrícia e pediatria, passaram a ser classificados por cor e atendidos de acordo com a demanda.
- Pacientes graves e/ou trazidos pelas Unidades Móveis Avançadas vão direto para as salas de emergência adulto ou pediátrica e são classificados neste local seguindo o fluxo pactuado.
- Pacientes vindos do ambulatório também passam pela classificação e, se a cor recebida for verde ou azul, são devolvidos ao setor de origem.
- Qualquer paciente encaminhado por profissionais de dentro do hospital passa pela classificação e recebe a cor branca em caso de menor complexidade, é encaminhado ao médico que solicitou o encaminhamento para o devido atendimento em qualquer setor do hospital ou orientado a retornar no plantão/ambulatório do referido médico.
- Retornos da ortopedia, bucomaxilo etc. são classificados e recebem a cor branca.

13.4 Objetivos

O presente estudo planeja avaliar, principalmente:

- o impacto da implantação do Acolhimento na porta de entrada;
- a qualidade da classificação feita pelos enfermeiros do hospital, utilizando o protocolo estabelecido pelo HOB;
- a associação entre a classificação dos dois protocolos;
- a relação entre mortalidade nível/cor da classificação;
- a relação entre internação e nível/cor da classificação;
- a existência de alguma tendência em algum dos dois protocolos em considerar o paciente mais grave que no outro protocolo.

13.5 Metodologia

Para a avaliação do impacto da implantação do Acolhimento na porta de entrada, foram feitas reuniões mensais de avaliação do processo desde 2005 com o grupo colegiado do pronto-socorro, com a presença do Conselho Local de Saúde e elaborado plano de ação para solução dos problemas apresentados pelo grupo, além de uma análise das reclamações/sugestões apresentadas à Ouvidoria do Hospital.

Para a avaliação do processo Classificação de Risco no HOB, 586 Boletins de Emergência (BEs) que continham informações suficientes para a classificação foram selecionados ao longo do ano de 2007 e reavaliados por um profissional experiente nesta classificação, seguindo os dois protocolos à risca. Esta reavaliação foi considerada como padrão ouro, apesar de haver uma grande diferença entre a classificação feita na presença do paciente e a classificação levando-se em consideração apenas o BE. O ano de 2007 foi o escolhido, pois significou um período de amadurecimento da equipe de classificação e conseqüentemente, um período com menor chance de erro nas anotações nos Boletins de Emergência.

O avaliador escolhido para fazer as análises foi treinado pelo Grupo Português de Classificação de Risco de Manchester e aprovado tanto como classificador, quanto auditor do processo, sendo, portanto, considerado capaz da utilização do protocolo de Manchester, além de ter sido um dos autores do protocolo utilizado pelo Hospital Municipal Odilon Behrens. Os dois protocolos foram seguidos na íntegra, considerando-se apenas os dados apresentados no BE.

A respeito da avaliação da qualidade da classificação do protocolo do HOB, foi considerada tanto a concordância entre a classificação dada pelos enfermeiros e a dada pelo padrão ouro do protocolo do HOB quanto uma possível tendência (por exemplo, haver uma tendência em considerar o paciente mais ou menos grave do que realmente é na classificação dada pelos enfermeiros).

A respeito da avaliação do Protocolo de Manchester, buscou-se uma concordância entre as cores de ambos os protocolos e uma avaliação das possíveis discordâncias.

Para a análise em questão, as seguintes cores foram consideradas como relacionadas:

- Vermelho 1 = vermelho;
- Vermelho 2 = Laranja;
- Amarelo = Amarelo;
- Verde = Verde;
- Azul = Azul

Da amostra inicialmente selecionada de 586 BEs, 499 foram selecionados puramente ao acaso e outros 87 também foram selecionados ao acaso, porém desde que tivessem sido classificados como vermelhos pelos enfermeiros do serviço. O grande grupo foi usado para todas as análises, exceto para estimar o Valor de Predição Positivo (VPP) da cor vermelha para o qual foram utilizados os outros 87 BEs, conforme demonstrado na próxima seção.

Vale ressaltar que em algumas partes deste texto, nos referimos à “verdadeira cor” do risco do paciente, quando nos referimos à cor da sua classificação pelo padrão ouro. Porém, isto pode não ser verdade em todos os casos, primeiro pelo classificador do padrão ouro não ter visto o paciente e segundo porque ele se baseou no que estava preenchido no BE, e nem sempre ele estava muito bem preenchido.

13.5.1 Cálculo do tamanho da amostra

A qualidade das classificações foi avaliada através da sensibilidade, da especificidade, dos valores de predição positivo e negativo e do coeficiente de Cohen's Kappa. Todas estas estatísticas foram estimadas para cada cor do protocolo, para que pudéssemos ter informações mais detalhadas por cor. Assim, para cada cor em questão, os dados foram “dicotomizados”.

A proporção de cada cor na nossa população de BE (N=39.958) foi a seguinte:

Vermelho:	1.7%
Amarelo:	33.9%

Verde:	33.3%
Azul:	31.1%

Assim, para o cálculo do tamanho da amostra, consideramos dois casos, em que a proporção de respostas da cor em questão está em torno de 33% e em torno de 2%. Além disso, foram supostas a sensibilidade e a especificidade provável para o protocolo, sendo considerado razoável e conservador assumir um valor de 0,8 para as duas.

Considerando as cores com proporção em torno de 33%, o cálculo do tamanho de amostra indicou que uma amostra aleatória de aproximadamente 500 BEs nos daria uma margem de erro para o Kappa aproximadamente de 0.09, de 0.07 para o VPP, de 0.05 para a sensibilidade e menor que 0.04 para a especificidade e o VPN.

Já o cálculo para a cor “vermelha”, que é mais rara, nos leva a uma margem de erro maior para uma mesma amostra de 500 BEs, para o Kappa e para a sensibilidade é aproximadamente de 0.23, para o VPP em torno de 0.18, para a especificidade em 0.03 e para o VPN de apenas 0.01.

Conseguimos corrigir o problema da grande margem de erro para o VPP, selecionando apenas BEs que foram classificados como vermelhos pelos enfermeiros do serviço. Assim, resolvemos ainda selecionar mais aproximadamente 90 BE's classificados pelo serviço como vermelhos, de forma que a margem de erro para o VPP (para os vermelhos) cairia de 18% para 5%.

13.6 Resultados

13.6.1 Resultados do processo Acolhimento

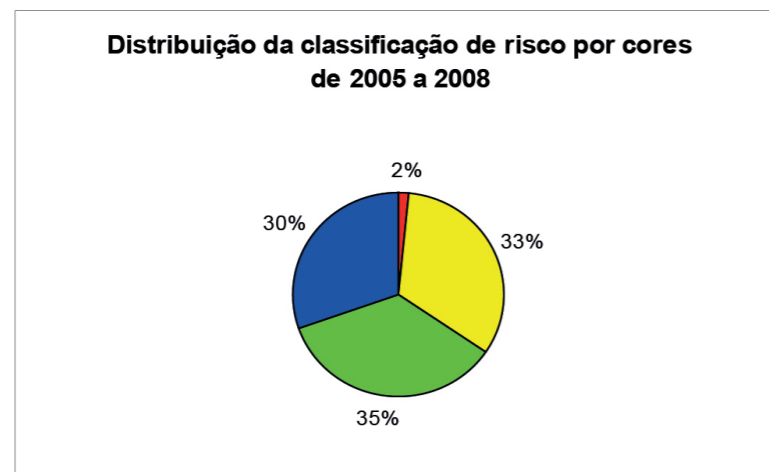
No período de setembro de 2005 a setembro de 2008, foram classificados cerca de 162 mil pacientes no Hospital Municipal Odilon Behrens. Este número traduz a classificação de adultos com queixas prioritariamente clínicas. A média mensal foi de 4.500 pacientes classificados por mês, sendo a média diária de 150 pacientes. De acordo com a distribuição de cores, verificamos que não houve uma grande variação nesses três anos, independente da mudança do corpo funcional que ocorreu em função de concurso público a partir de novembro de 2006, mantendo-se cerca de 1% a 2% de pacientes classificados como vermelho, 20% a 30 % de amarelos, 68% a 79% de Verdes e Azuis (Gráficos 1, 2, 3 e 4).

Analisando ainda os dados dos gráficos, verificamos que os pacientes classificados como amarelo têm aumentado gradualmente e já correspondem em 2008 a 40% do atendimento. Este aumento expressa uma maior gravidade dos pacientes que têm procurado o hospital e que demandam mais recursos no atendimento. Isto faz com que a equipe de atendimento

entenda melhor a missão do HOB, que é basicamente atender a pacientes com demanda de atendimento, principalmente clínico, com rapidez, eficiência, qualidade e integração entre assistência, ensino e responsabilidade social, diminuindo ruídos e conflitos.

Os resultados obtidos com a implantação do Acolhimento traduzem a melhoria do acesso ao serviço, a ampliação do trabalho em equipe, a inclusão de diversas categorias profissionais no pronto-socorro; o melhor relacionamento entre os profissionais e destes com os usuários; a diferenciação do tempo de espera de acordo com a gravidade dos casos; o aumento do grau de protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários.

Gráfico 4 - Distribuição do atendimento da urgência clínica classificada por cores no período de outubro de 2005 a setembro de 2008.



Com relação aos indicadores de tempo de espera para o atendimento médico, verificamos que temos cumprido a meta de 30 minutos para o atendimento do paciente classificado na cor amarela, mas o tempo de atendimento tem sido maior para os pacientes classificados na cor Verde, ficando em média 3 horas e meia entre a confecção da ficha do usuário, pela recepção, classificação, pela enfermagem, e atendimento pelo médico.

13.6.2 Resultados do processo da classificação de risco enquanto “ferramenta” de organização da urgência e quanto ao uso dos protocolos

Buscando analisar a utilização do Protocolo de Classificação de Risco do HOB sob diversos aspectos e a transição para a utilização do Protocolo de Manchester e estabelecendo o período de análise de janeiro a dezembro de 2007, período no qual foram classificados 39.958 pacientes adultos com queixas prioritariamente clínicas no Hospital Municipal Odilon Behrens, foi feito este trabalho de análise dos dados que será descrito a seguir.

No período analisado, foram classificados pela enfermagem 39.958 pacientes, sendo a média mensal de 3.329 pacientes por mês e a média diária de 111 pacientes. Foram selecionados inicialmente, 586 BEs para análise, sendo que destes 496 foram avaliados. O principal motivo de perda dos BEs selecionados foi a má anotação dos dados pela enfermagem, dificultando a aplicação dos protocolos de forma fiel.

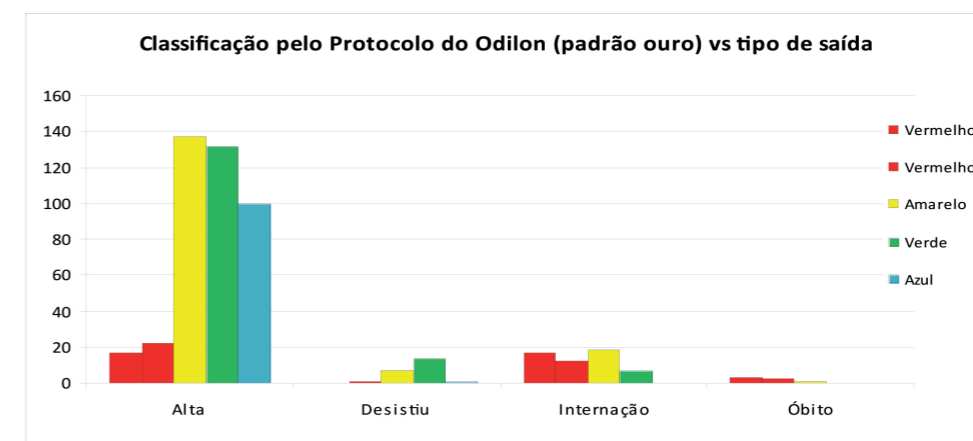
13.6.2.1 Resultados da análise geral da amostra estudada, de acordo com a distribuição por sexo, procedência e tipo de saída hospitalar

O percentual de mulheres na amostra foi aproximadamente igual ao percentual na população de pacientes atendidos em 2007, sem diferença estatística significativa entre os percentuais, indicando uma boa representação da população quanto ao sexo, conforme gráfico 7.

Fazendo uma análise da amostra estudada exclusivamente quanto ao tipo de saída hospitalar, verificamos pelo gráfico 2 que 83% receberam alta independente da cor recebida inicialmente na classificação, 11% foram internados e apenas 1% evoluiu para o óbito.

Percebemos ainda pelo gráfico acima que a grande maioria dos que tiveram alta foram classificados como amarelos, verdes ou azuis (90%). Dos que desistiram, 61% foram classificados como verdes. Por outro lado, dos que foram internados, 54% foram classificados

Gráfico 5 - Distribuição da amostra estudada de acordo com o tipo de saída hospitalar vs classificação pelo padrão ouro



como vermelhos 1 e 2. Da mesma forma, dos que foram a óbito, 83% foram classificados como vermelhos 1 e 2, e 17% como amarelo. Assim, concluímos que há coerência entre a classificação de risco do paciente e a evolução clínica do paciente, pois os casos menos graves desistiram ou tiveram alta, enquanto os mais graves internaram ou vieram a óbito.

13.6.2.2 Resultado da amostra geral estudada a partir da análise de concordância entre os enfermeiros do serviço e o padrão ouro do Protocolo do HOB

A partir da classificação feita pelo padrão-ouro, utilizando o protocolo do HOB, diversas análises foram realizadas e serão apresentadas a seguir. Inicialmente foi feito o cruzamento entre a classificação realizada pelos enfermeiros e a classificação pelo padrão ouro do Protocolo do HOB, apresentada na tabela 1

Analisando os totais marginais de cada classificação (enfermeiros e padrão-ouro), percebemos que os totais de cada cor foram próximos entre as duas classificações. Isto é um indicador de que a concordância entre as duas classificações pode ser boa. Caso os totais fossem muito diferentes, já poderíamos deduzir uma provável discordância entre as classificações.

Tabela 1 - Classificação pelo Protocolo do Odilon: Enfermeiros vs padrão ouro

		vermelho 1	vermelho 2	amarelo	verde	azul	Total
Classificação pelo Protocolo do HOB (padrão ouro)	vermelho 1	4	0	5	0	0	9
	vermelho 2	1	2	5	2	0	10
	amarelo	0	2	138	38	7	185
	verde	0	0	23	116	36	175
	azul	0	0	2	23	92	117
	Total	5	4	173	179	135	496

Percebemos que uma parte considerável dos dados se encontra fora da diagonal principal da tabela, indicando certa discordância entre as duas classificações. Além disso, existem mais classificações acima da diagonal principal que abaixo, indicando que pelo menos nesta amostra os enfermeiros do hospital tiveram uma tendência em classificar os pacientes como menos graves do que eles realmente eram. Tentaremos verificar se este comportamento pode ser estendido para a população inteira, ou seja, aos pacientes que não foram contemplados por esta amostra.

Abaixo apresentamos o mesmo resultado acima, porém com a classificação dicotomizada em “determinada cor” e “diferente de determinada cor”.

13.6.2.3.1. Vermelho

Abaixo apresentamos na tabela 2 os cruzamentos entre as classificações dos enfermeiros e do padrão ouro, considerando vermelhos 1 e vermelhos 2 conjuntamente, uma vez que a frequência de cada uma das cores foi baixa.

Como o vermelho é a máxima classificação de risco, é melhor para o paciente que a sensibilidade seja maior que a especificidade. Pela tabela acima, observamos que dos 19 classificados como vermelhos pelo padrão ouro, apenas sete foram classificados pelos

Tabela 2 - Classificação pelo Protocolo do Odilon – Vermelho 1/2: Enfermeiros vs padrão ouro

		Enfermeiros		
		Não Vermelho	Vermelho	Total
Padrão ouro	Não Vermelho	475	2	477
	Vermelho	12	7	19
	Total	487	9	496

enfermeiros dos hospital como sendo vermelhos. Isso dá uma sensibilidade relativamente baixa, de 7/19=37%. O coeficiente de Cohen's kappa, que é uma combinação da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN, foi de 0,49, considera como uma boa concordância.

13.6.2.3.2 Amarelo

A maioria dos amarelos pelo padrão ouro também foi considerada amarelo pelos enfermeiros (138 de 186). O interessante é notar que a maioria dos erros foi “para menos”, ou seja, os enfermeiros do serviço consideraram os “verdadeiros” amarelos com sendo casos mais brandos, classificados como verdes e azuis, conforme demonstra a tabela 3. Ainda assim, o coeficiente de Cohen's kappa, foi de 0,64, representando uma concordância muito boa.

Tabela 3 - Classificação pelo Protocolo do Odilon – Amarelo: Enfermeiros vs padrão ouro

		Enfermeiros		
		Não Amarelo	Amarelo	Total
Padrão ouro	Não Amarelo	276	35	311
	Amarelo	47	188	235
Total		323	173	496

13.6.2.3.3 Verde

Assim como o amarelo, a maioria dos “verdadeiros” verdes foi considerada verde pelos enfermeiros. Mais uma vez houve mais erros “para menos” do que “para mais” (36 contra 28).

Mesmo assim a concordância foi boa, uma vez que o coeficiente Cohen’s Kappa foi de 0,46.

13.6.2.3.4 Azul

Tabela 4: Classificação pelo Protocolo do Odilon – Verde: Enfermeiros vs padrão ouro

		Enfermeiros		
		Não Verde	Verde	Total
Padrão ouro	Não Verde	258	63	321
	Verde	59	116	175
Total		317	179	496

Mais uma vez houve muito mais casos concordantes que discordantes. Assim, o coeficiente Cohen’s Kappa foi de 0,64, indicando uma concordância muito boa entre os enfermeiros do serviço e o padrão-ouro no quesito “cor azul”.

Tabela 5: Classificação pelo Protocolo do Odilon – Azul: Enfermeiros vs padrão ouro

		Enfermeiros		
		Não Azul	Azul	Total
Padrão ouro	Não Azul	336	43	379
	Azul	25	92	117
Total		361	135	496

13.6.2.3.5 Conclusão da seção

Abaixo apresentamos o resumo das estatísticas apresentadas nas subseções anteriores, bem como a significância de cada uma delas.

Tabela 6 - Classificação pelo Protocolo do Odilon: Resumo das estatísticas

	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
Kappa	0,49 (0,33 a 0,67)	0,64 (0,56 a 0,71)	0,46 (0,37 a 0,55)	0,64 (0,55 a 0,72)
Sensibilidade	0,37 (0,20 a 0,59)	0,75 (0,68 a 0,80)	0,66 (0,60 a 0,82)	0,79 (0,71 a 0,85)
Especificidade	0,99 (0,99 a 0,99)	0,89 (0,88 a 0,91)	0,80 (0,76 a 0,84)	0,89 (0,86 a 0,91)
VPP	0,82 [*] (0,74 a 0,90)	0,80 (0,73 a 0,85)	0,65 (0,58 a 0,72)	0,68 (0,60 a 0,76)
VPN	0,98 (0,97 a 0,99)	0,85 (0,81 a 0,89)	0,81 (0,77 a 0,85)	0,93 (0,90 a 0,95)

* Estimado com base na amostra de 87 BE classificados como vermelhos pelos enfermeiros do serviço.

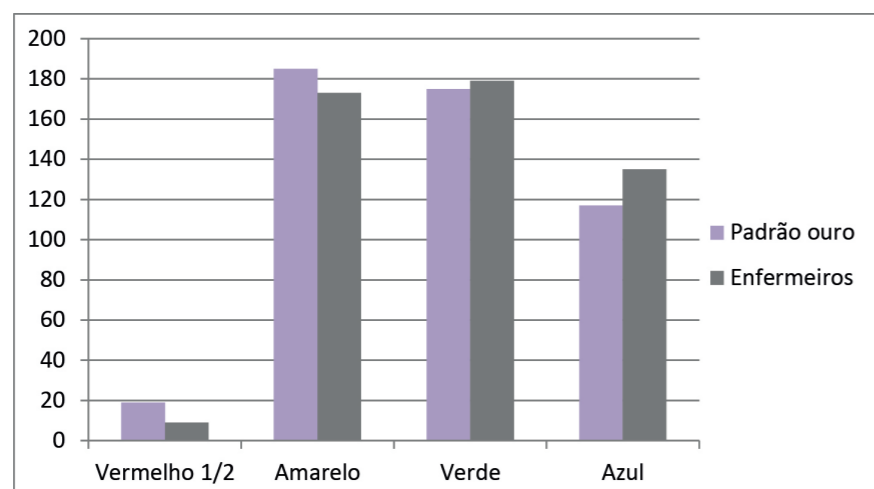
Na principal estatística (tabela 6), o coeficiente Cohen’s kappa foi extremamente satisfatória, apresentando valores bons (0,46 e 0,49 para verde e vermelho, respectivamente) e muito bons (0,64 para amarelos e azuis). Isto demonstra, portanto, que a concordância entre a classificação dada pelos enfermeiros e a classificação pelo padrão ouro foi boa ou muito boa, dependendo da cor.

13.6.3 Análise de tendência na classificação feita pelos enfermeiros do serviço utilizando o protocolo do HOB

Fizemos nesta seção uma análise de tendência de classificação, tentando descobrir se a discordância (embora a concordância tenha sido boa, ainda sim houve discordância) teve uma direção, ou seja, se em geral os enfermeiros, quando erravam, cometiam tal erro ao considerar o paciente mais grave ou menos grave, ou se nenhum dos dois. Já observamos pela tabela 1 que os pacientes da amostra foram classificados como casos mais brandos pelos enfermeiros que pelo padrão-ouro. Iremos verificar se esta tendência pode ser extrapolada para a população.

A seguir, o gráfico mostra que o padrão-ouro classificou mais pacientes como vermelhos e amarelos, enquanto os enfermeiros classificaram mais pacientes como verdes e azuis (em relação ao padrão ouro).

Gráfico 6 - Classificação pelo Protocolo do Odilon: Enfermeiros vs padrão ouro



Foi feito um teste estatístico de permutação⁴ (GOOD, 1994), que é um teste não paramétrico que considera o paramento dos dados, e o p-valor observado foi <0,001. Assim, concluímos que podemos extrapolar os dados acima para toda a população e afirmar que os enfermeiros do serviço, no ano de 2007, tiveram uma pequena tendência em considerar os pacientes menos graves do que eles realmente eram, considerando que foi utilizado apenas o protocolo em papel, estando ausente a avaliação pelo profissional do paciente em tempo real, como o que acontece na prática diária. Vale ressaltar a palavra “pequena”, para não generalizarmos a tendência e afirmarmos que o protocolo classifica os pacientes como menos graves do que realmente são. Como percebemos nos gráficos e tabelas da seção anterior, a maioria dos pacientes é classificada corretamente, e ainda uma parte dos que não são, são classificados como mais graves do que realmente são, o que não é ruim para o paciente.

13.6.4 Análise da comparabilidade da Classificação pelo Protocolo do HOB (padrão-ouro) versus Protocolo de Manchester (padrão-ouro)

Apresentamos na tabela 7 o cruzamento entre a classificação feita pelo padrão ouro do Protocolo do HOB e a classificação pelo padrão ouro do Protocolo de Manchester.

Tabela 7 - Classificação pelo Protocolo do Odilon vs Protocolo de Manchester

		Classificação pelo Protocolo de Manchester					
		vermelho	laranja	amarelo	Verde	Azul	Total
Classificação pelo Protocolo do HOB	vermelho 1	1	7	1	0	0	9
	vermelho 2	1	6	1	1	0	9
	amarelo	4	96	60	20	4	184
	Verde	0	15	34	120	3	172
	Azul	0	3	5	44	63	115
	Total	6	127	101	185	70	489

Analisando os totais marginais de cada classificação (enfermeiros e padrão-ouro), percebemos uma grande diferença entre o vermelho 2 e o laranja (9 e 127, respectivamente), entre o amarelo (184 pelo Protocolo do HOB e 101 pelo de Manchester) e o azul (115 pelo Protocolo do HOB e 70 pelo de Manchester). Isto é um indicador de que a concordância entre as duas classificações não deve ser boa.

Percebemos que uma parte considerável dos dados se encontra fora da diagonal principal da tabela, também indicando certa discordância entre as duas classificações. Além disso, existem mais classificações abaixo da diagonal principal que acima, indicando uma possível tendência do Protocolo de Manchester em classificar os pacientes como mais graves do que pelo Protocolo do HOB.

13.6.4.1 Vermelho 1

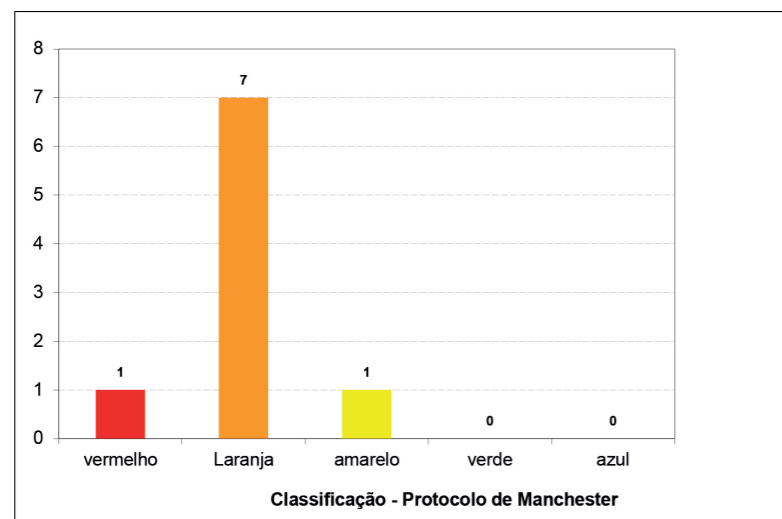
Na tabela 8 apresentamos os cruzamentos entre as classificações do padrão ouro do Protocolo do HOB com o padrão ouro do de Manchester, considerando cada tipo de vermelho separadamente.

Tabela 8 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (Vermelho 1) vs Protocolo de Manchester (Vermelho)

		Protocolo de Manchester		
		Não Vermelho	Vermelho	Total
Protocolo do HOB	Não Vermelho 1	475	5	480
	Vermelho 1	8	1	9
	Total	483	6	489

⁴ Conforme explicado no capítulo 2, foi usado este teste no lugar do Wilcoxon devido ao excessivo número de empates no ranqueamento.

Gráfico 7 - Classificados como Vermelho 1 pelo Protocolo do Odilon



O mais importante da tabela 8 e do gráfico 4 é o fato de que dos nove vermelhos pelo Protocolo do HOB, oito não foram classificados como vermelho pelo Protocolo de Manchester. Isso gera uma baixa sensibilidade (11%). Além disso, dos seis pacientes classificados como vermelho pelo Protocolo de Manchester, apenas um foi considerado como vermelho, um pelo Protocolo do HOB. Mesmo por trata-se de uma categoria menos frequente, estes valores à primeira vista estão abaixo do esperado, conforme comprovado pelo ruim valor da estatística kappa, de apenas 0,12.

Podemos perceber que dos nove pacientes vermelhos classificados pelo Protocolo do HOB, sete foram considerados laranja pelo Protocolo de Manchester, indicando uma confusão entre estas duas cores dos dois Protocolos.

13.6.4.2 - Vermelho 2

Tabela 9 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (Vermelho 2) vs; Protocolo de Manchester (Laranja)

		Protocolo de Manchester		
		Não Laranja	Laranja	Total
Protocolo do HOB	Não Vermelho 2	359	121	480
	Vermelho 2	3	6	9
Total		362	127	489

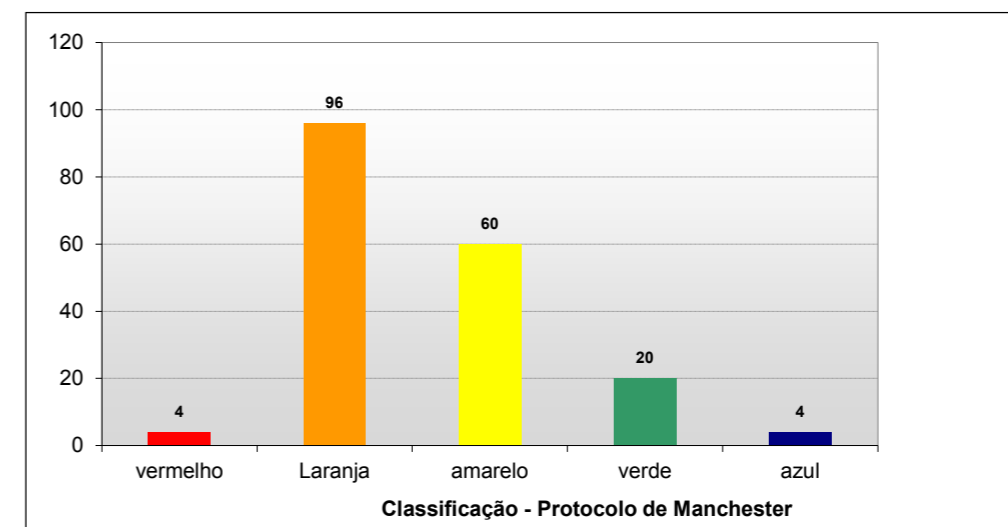
Ao olharmos para o total marginal (total de vermelhos 2 e de laranjas), já vemos uma grande discrepância (9 vermelhos 2 e 127 laranjas). Ainda sim a sensibilidade foi alta (77%), considerando se tratar de uma classificação menos freqüente. Por outro lado, a especificidade foi baixa, de 75% e o VPP baixíssimo (6/127=5%). Assim, o coeficiente Cohen's kappa foi de apenas 0,12, indicando uma concordância ruim, ou muito fraca.

13.6.4.3 - Amarelo

Tabela 10 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (Amarelo) vs; Protocolo de Manchester (Amarelo)

		Protocolo de Manchester		
		Não Amarelo	Amarelo	Total
Protocolo do HOB	Não Amarelo	254	41	305
	Amarelo	124	60	184
Total		378	101	489

Gráfico 8 - Classificados como Amarelo pelo Protocolo do Odilon (padrão ouro)



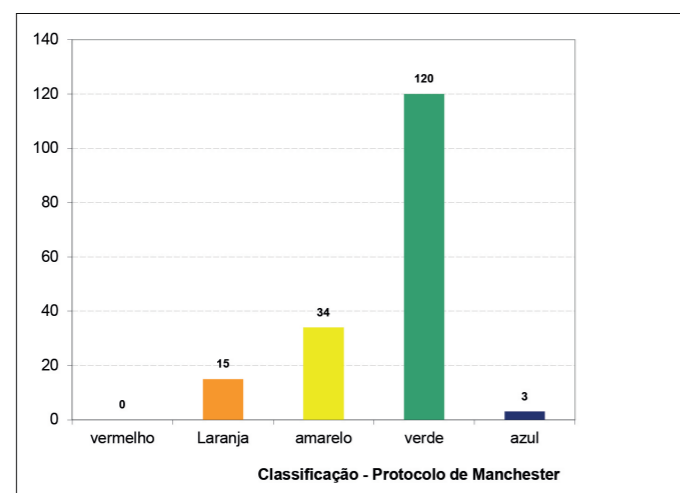
13.6.4.4 Verde

Pela tabela 10 vemos que o total marginal dos dois Protocolos já é bastante diferente (184 amarelos pelo do HOB e 101 pelo de Manchester). Também percebemos que tanto

Tabela 11 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (Verde) vs; Protocolo de Manchester (Verde)

		Protocolo de Manchester		
		Não Verde	Verde	Total
Protocolo do HOB	Não Verde	252	65	317
	Verde	52	120	172
Total		304	185	489

Gráfico 9 - Classificados como Verde pelo Protocolo do HOB (padrão ouro)



a sensibilidade quanto o VPP e o VPN foram baixos (33%, 59% e 32%, respectivamente).

A cor verde, por sua vez, apresentou melhores sensibilidade (70%), VPP (65%) e VPN (83%) que o amarelo, além de uma boa especificidade (79%).

A tabela 11 e o gráfico 7 mostram como a grande maioria (120) dos classificados como verdes pelo Protocolo do Odilon (172) também foram classificados como verdes pelo

Protocolo de Manchester. Logo, o coeficiente Cohen's kappa, foi de 0,48, representando uma boa concordância.

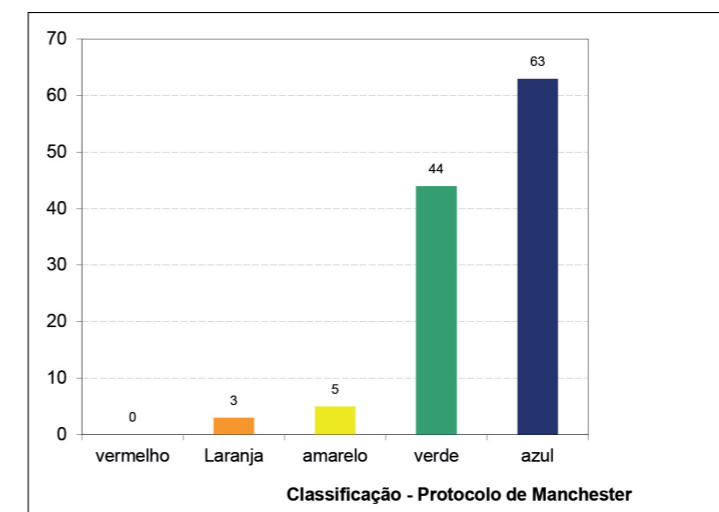
Antes de partirmos para analisar a cor azul, vale ressaltar que mais uma vez a maior parte das discordâncias foi "para mais" (49 contra 3).

Tabela 12 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (Azul) vs; Protocolo de Manchester (Azul)

		Protocolo de Manchester		
		Não Azul	Azul	Total
Protocolo do HOB	Não Azul	367	7	374
	Azul	52	63	115
Total		419	70	489

Fonte autoria própria

Gráfico 10 - Classificados como Azul pelo Protocolo do Odilon (padrão ouro)



13.6.4.5 Azul

A cor azul apresentou uma baixa sensibilidade (55%), onde apenas 63 dos 115 considerados azuis pelo Protocolo do HOB também foram considerados azuis pelo Protocolo de Manchester.

Tabela 13 - Classificação pelo Protocolo do Odilon vs; Protocolo de Manchester

	Vermelho 1 / Vermelho		Vermelho 2/Laranja		Amarelo		Verde		Azul	
Kappa	0,22	(-0,03 a 0,46)	0,06	(-0,04 a 0,16)	0,28	(0,11 a 0,30)	0,48	(0,37 a 0,52)	0,57	(0,51 a 0,59)
Sensibilidade	0,71	(0,60 a 0,83)	0,67	(0,36 a 0,80)	0,33	(0,27 a 0,38)	0,7	(0,63 a 0,76)	0,55	(0,46 a 0,62)
Especificidade	0,59	(0,58 a 0,59)	0,25	(0,21 a 0,28)	0,87	(0,88 a 0,89)	0,79	(0,75 a 0,83)	0,98	(0,97 a 0,99)
VPP	0,57	(0,04 a 0,48)	0,05	(0,01 a 0,38)	0,59	(0,47 a 0,76)	0,65	(0,58 a 0,72)	0,9	(0,88 a 0,92)
VFN	0,58	(0,58 a 0,59)	0,29	(0,28 a 0,00)	0,68	(0,64 a 0,73)	0,83	(0,78 a 0,87)	0,88	(0,84 a 0,92)

13.6.4.6 Conclusão desta seção

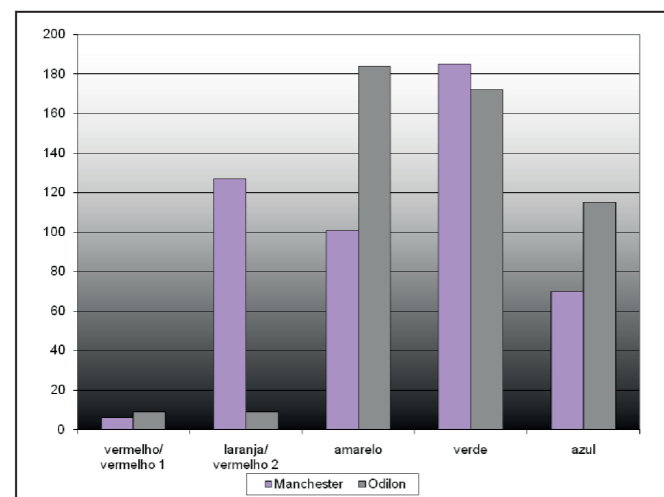
Abaixo apresentamos o resumo das estatísticas apresentadas nas subseções anteriores, bem como a significância de cada uma delas.

O coeficiente Cohen's Kappa não foi significativamente maior que 0 tanto para as cores vermelho 1/vermelho quanto vermelho 2/laranja. Isto indica que não há associação entre estas classificações dos dois protocolos. A concordância entre o amarelo foi fraca, o verde foi boa e o azul muito boa.

13.6.5 Análise de tendência na discordância dos dois protocolos

Uma vez que a seção acima mostrou que a concordância entre a classificação pelo Protocolo do HOB e a classificação pelo Protocolo de Manchester foi ruim, razoável, boa ou muito boa, dependendo da cor, fizemos nesta seção uma análise de tendência de classificação. Tentamos descobrir se a discordância teve uma direção, ou seja, se em geral algum protocolo difere do outro ao considerar o paciente mais grave ou menos grave que o outro protocolo.

Gráfico 11 - Classificação pelo Protocolo do Odilon (padrão ouro) vs; Protocolo de Manchester (padrão ouro)



⁴Conforme explicado no capítulo 2, foi usado este teste no lugar do Wilcoxon devido ao excessivo número de empates no ranqueamento.

O gráfico 9 mostra que o Protocolo do HOB classificou mais pacientes (em relação ao Protocolo de Manchester) como amarelos e azuis, e menos pacientes como vermelho 2/laranja. As cores vermelho 1/vermelho e verde, por sua vez, tiveram resultado parecido, entre os dois protocolos.

Buscou-se então avaliar quais seriam os parâmetros que poderiam estar influenciando nas divergências encontradas entre os dois protocolos, ou seja, o que poderia levar o Protocolo do HOB a classificar maior número de pacientes como amarelo e azul e menor número de pacientes como laranja.

Verificamos, então, que os principais parâmetros que influenciaram a classificação de risco neste sentido, ou seja, a tendência do protocolo em classificar um maior número de pacientes como laranja em detrimento da cor amarela, foram o discriminador DOR e Pulso Alterado. A segunda maior discordância está relacionada ao fato do protocolo de Manchester ter sido considerado pelo padrão-ouro como mais inclusivo. Para chegar a esta conclusão, o padrão-ouro avaliou o desfecho final dos pacientes classificados na cor laranja pelo Protocolo de Manchester e na cor amarela pelo Protocolo do HOB para verificar o tipo de saída do paciente (alta, óbito, internação etc). Nos casos analisados, todos tiveram a saída por alta sugerindo que não haveria um benefício ao paciente ao ser classificado em uma cor maior dado pelo primeiro protocolo. Observamos ainda que um número importante de BE's é discordante, pelo fato da cor no Protocolo do HOB ter sido dada avaliando dados vitais (pressão arterial, saturação, glicemia, pulso, frequência respiratória e temperatura axilar) que são medidos rotineiramente à entrada do paciente no HOB e que não faziam parte da solicitação do "charter" do Manchester.

13.7 Discussão e conclusão

13.7.1 Acolhimento: Processo em discussão

O atendimento às emergências médicas requer do corpo técnico hospitalar um treinamento específico, uma agilidade que tem de ser assertiva e muito específica. No entanto, este tipo de atendimento corresponde a um percentual muito pequeno, menos de 5% da demanda diária de um pronto-socorro. Diante da necessidade de um atendimento não emergencial, os profissionais se sentem despreparados para escutar e resolver os problemas que se apresentam, tornando-os menos susceptíveis a acolher de fato ao usuário e gerando uma demanda excessiva de exames. O tempo, o volume de pacientes, as condições de trabalho,

insatisfação com a própria situação do profissional de saúde, são queixas freqüentes destes profissionais. A fala da necessidade da instituição acolhê-los é real e intensa. A dificuldade de adaptação a mudanças também é forte, principalmente do profissional médico que muitas vezes se vê preso a uma armadilha do discurso da própria categoria. Os que conseguem superar esta situação e participar de fato da construção de uma gestão conseguem trabalhar em equipe e ampliar a atuação clínica, atingindo um maior grau de satisfação, participação e envolvimento. Os que não conseguem, persistem em uma posição negativista, impedindo ou atrasando a evolução do processo de mudança. Estes se prendem na dimensão menor da aplicação de protocolos e se afastam da possibilidade de ampliação da clínica, pela incorporação do acolhimento em todas as ações intra e extra-hospitalar.

O Acolhimento ao permitir ao usuário com uma determinada demanda (medicação, exames, etc.) procurar em um profissional da saúde uma resposta para o seu sofrimento, ou sobre o mal que ele apresenta, saindo da igualdade criada pelo uso dos protocolos que – ao não considerarem a subjetividade – resultam em uma verdade parcial, exigem deste profissional o desenvolvimento de uma postura acolhedora.

O setor de urgência/emergência dos Hospitais tem nos últimos anos merecido atenção especial das políticas de saúde do Ministério da Saúde, que vendo no local uma importante forma de entrada do usuário no sistema, tem buscado maneiras de organizá-la, melhorando e qualificando a sua resposta.

Até que está lógica seja revertida para que o principal aceso do usuário seja a atenção primária, as urgências passam a ser um ponto de atenção e um elo entre a atenção primária e secundária, pressionando a reorganização dos serviços de uma forma contundente.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco explicita a necessidade do trabalho em rede e impele as discussões nos “fóruns de urgência/emergência e atenção primária” para uma busca de soluções comuns aos problemas crônicos (hipertensão arterial, lombalgia crônica, hipertrofia prostática, etc.). Implica também em reformulação interna dos processos de trabalho e a necessidade de trabalho em equipe, fortalecendo de forma contundente os modelos de Gestão que usam a participação como pilar primordial.

Outro fator importante tem sido a possibilidade da ampliação do encontro dos diversos saberes propiciando uma riqueza nas discussões do Coletivo e uma prática contínua da administração dos conflitos, gerando um crescimento e reconhecimento do grupo como um todo. Apesar dos médicos persistirem inicialmente à margem dos processos: “Os médicos pouco presentes, discutem a questão...” (CECÍLIO, s/d), aos poucos e, principalmente, até como forma de manter a sua hegemonia no poder, passaram a participar principalmente

das discussões relacionadas ao Acolhimento. Este fato pode estar associado à necessidade do grupo em preservar sua forma inicial de atendimento (médico-centrada). Tensão, conflito, que poderá ser resolvida com o amadurecimento do Colegiado do setor. O tempo necessário para que isto ocorra, pode não ser um tempo real (ONOCKO, 2000)

Verificamos nestes anos, no entanto, uma reorganização do funcionamento do setor, tanto do ponto de vista de fluxos quanto na formação de novos pactos de ação que tem fortalecido o grupo e transformado o setor, antes tenso e pouco atraente, em um setor mais agradável, fornecedor de oportunidades de crescimento individual e coletivo.

Desafios ainda existem, e muitos (motivar a equipe para manutenção do sistema de classificação apesar de mudanças na Gestão; incentivar a equipe para melhorar a contra-referência; buscar formas de ampliar leitos de retaguarda; promover a comunicação lateral de forma eficaz e capaz de unificar e fortalecer mais o grupo, etc.), no entanto, os aprimoramentos são necessários para a lapidação e amadurecimento de todo processo.

13.7.2 Classificação de Risco: processo em construção

A organização da emergência do ponto de vista metodológico tem sido um desafio constante para aqueles que se aventuram nesta empreitada. A impressão do cotidiano é que estamos sempre um passo aquém do esperado ou do necessário e que a estrutura (engrenagem) já em funcionamento é um “cubo mágico”, ou seja, precisamos de conhecer toda a engrenagem para conseguirmos acertar a combinação perfeita. Este conhecimento não poderá ser solitário e sim através de um agrupamento de pessoas e idéias. Daí a importância da participação das pessoas através de uma gestão participativa, no processo de construção das propostas e implantação do modelo de atendimento, focando o bom resultado e o aprimoramento.

Dessa forma, toda iniciativa na tentativa de agregar conhecimento nesta área é importante e é neste sentido que passaremos a fazer algumas considerações à cerca do trabalho de análise do processo de Classificação de Risco descrito anteriormente.

Pela análise estatística apresentada verificamos, portanto, que a classificação de risco feita pelos enfermeiros do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) levando em conta o protocolo do próprio hospital, teve uma concordância de boa ou muito boa com o padrão ouro do próprio protocolo.

Isso reflete todo o empenho na forma de construção da proposta com uma metodologia interativa, participativa e, principalmente, responsabilizadora. A manutenção do processo de classificação se deveu ao processo de acompanhamento, momento de reflexão sobre

acertos e erros e correção de rumos e idéias, respeitando o tempo e a individualidade de cada grupo. Foram 36 reuniões mensais neste período, com a presença de representantes de todas as categorias do setor de Urgência e também do Conselho local. Experiência enriquecedora e que fortalece a transdisciplinaridade e, conseqüentemente, a gestão. Do ponto de vista estatístico, a classificação de risco feita pelos enfermeiros do Hospital, levando em conta o Protocolo do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), teve uma concordância de boa ou muito boa com a classificação realizada pelo padrão ouro usando o mesmo protocolo, traduzindo uma segurança na sua aplicabilidade.

Com relação a comparabilidade do Protocolo do HOB com o Protocolo de Manchester, verificamos que os dois estão mais associados nas cores verde e azul. Entretanto, o Protocolo de Manchester considera muito mais pacientes como laranja que o Protocolo do HOB como vermelho 2, sugerindo que estas cores não podem ser consideradas como de igual risco. Da mesma forma, o Protocolo de Manchester classifica menos pacientes como azuis e amarelos que o do HOB. De fato, parte dos pacientes classificados como azuis pelo Protocolo do HOB é considerada como verde pelo de Manchester, parte dos verdes do HOB são considerados amarelos pelo de Manchester e a maioria dos amarelos do HOB é classificada como laranja pelo de Manchester. O maior motivo para tal discordância, como vimos anteriormente, foi associado ao fato do uso pelo Protocolo de Manchester do discriminador DOR como um dos principais parâmetros determinantes da classificação, elevando a classificação para níveis mais altos do que os do Protocolo do HOB. Este fato era de uma certa forma esperado, uma vez que a avaliação da DOR geralmente é mais difícil e subjetiva, sendo difícil reproduzir criteriosamente um mesmo parâmetro, mesmo com todo o critério e empenho no treinamento ministrado pelo grupo de capacitação do protocolo.

Concluindo, acreditamos que é preciso aprofundar um pouco mais na análise da discordância entre os protocolos, principalmente no que tange o motivo de alta hospitalar, buscando entender melhor estas diferenças e propondo mudanças que possam enriquecer a utilização destes protocolos como possíveis marcadores de gravidade à entrada da emergência (COOKE, M. 1999; CUÑA, L. 2009). Lembramos ainda que, apesar de toda a importância dada aos protocolos de classificação de risco, ainda é mais importante a possibilidade que este processo traz para a organização do setor de urgência a partir da construção de uma rede de atenção tanto interna quanto externa, potencializando a ação da emergência e colocando-a definitivamente como um elo importante e não mais solitário nesta cadeia de cuidado.

Referências

- AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New Jersey: John Wiley and Sons, 2002. (Wiley Series in Probability and Statistics).
- BEVERIDGE, B. et al. **The science of triage**. San Francisco: SAEM, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação de risco**: cartilha da PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde gestão participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G. W. **Método para análise e co-gestão dos coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- COOKE, M.; JINKS, S. Does the Manchester Triage system detect the critically ill? **Journal of Accident and Emergency Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 179-181, 1999.
- CUÑA, L.; FREITAS, P. T; MARTINS, H. M. G. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of it's association with mortality and admission to a large Portuguese Hospital. **Emergency Medicine Journal**, [S.l.], v. 26, p. 183-186, 2009.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; BUENO, W. S. **O acolhimento como um dispositivo de redesenhar processos de trabalho em saúde**: o caso de Betim-MG. [S.l.: s.n], 1999.
- GOOD, P. I. **Permutation tests**: a practical guide to resampling methods for testing hypotheses. New York: Springer-Verlag, 1994. (Springer series in statistics)
- HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS (Belo Horizonte MG). **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. Belo Horizonte: Sigma, 2006
- HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS (Belo Horizonte MG). **Relatório de gestão 2003-2007**: conquistas e desafios. Belo Horizonte: Gráfica Laser, 2008.
- MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**: Manchester Triage Group, 2005.
- MEHRHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994.

MEHRY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS (Brasil). Governo do Estado de Minas Gerais. **Manual do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais**. Belo Horizonte: SUS/MG (PRO-HOSP), 2007.

ONOCKO, R. T. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner. Saúde **Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

ROSS, S. M. **Simulation**. San Diego: Academic Press, 2002.

SOARES, J. F. **Introdução à estatística**. Rio de Janeiro: LTC, 1991.

14

Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São Paulo

Amanda de Ornelas Carvalho ¹

Cacilda Geraldo dos Santos ²

Clara Sette W. Ferreira ³

¹Enfermeira. MBA em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde. Especialista em Emergência. Enfermeira chefe do pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). amandatuca@hotmail.com

²Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva e Administração Hospitalar. Assistente da diretoria do pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). cacilda.fia@hotmail.com

³Médica Sanitarista. Mestre em Medicina Preventiva e Especialista em Administração em Saúde, Docente. E-mail: clarasette@uol.com.br

Resumo

O presente estudo discorre sobre a implantação do acolhimento com classificação de risco (ACCR) em um hospital universitário de grande porte, de clientela pré-estabelecida e de alto fluxo no município de São Paulo. O acolhimento com avaliação e classificação de risco tem por objetivos avaliar o usuário logo na sua chegada, humanizando o atendimento; descongestionar o serviço; reduzir o tempo para o atendimento médico; determinar a área do atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado diretamente à especialidade necessária; informar o tempo de espera e retornar informações aos familiares. Os objetivos desta pesquisa são: rever e analisar a produção científica sobre políticas de humanização, acolhimento e classificação de risco em serviços de saúde no atendimento de urgências e emergências; viabilizar, fundamentada neste estudo, melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários da instituição e nas condições de trabalho de nossos colaboradores, através da implantação do acolhimento com classificação de risco; elaborar/adaptar um protocolo de classificação de risco para as patologias de maior prevalência e mortalidade, obtendo assim melhor resolubilidade para estas, no pronto-socorro. Metodologicamente trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de intervenção. Os resultados obtidos são inerentes ao processo de implantação, além da adaptação/elaboração de um protocolo de classificação de risco para os enfermeiros do pronto-socorro. O processo de implantação do projeto está concluído e os benefícios advindos dele são indiscutíveis. Seus resultados serão abordados em estudos longitudinais posteriores.

Palavras-chave:

acolhimento; enfermagem; classificação; enfermagem em emergência.

14.1 Introdução

Nas últimas décadas os serviços de emergência passaram a representar importante porta de entrada ao sistema de saúde. Há em todos os países um aumento constante na demanda por serviços de saúde que atuam neste segmento, causando pressões muitas vezes insuportáveis sobre estruturas e profissionais, sendo a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde. (MAFRA, 2009)

Isto decorre de muitos fatores, inclusive da mudança no perfil da morbi-mortalidade da população brasileira e da ineficácia do sistema de saúde. Na observação da demanda, percebe-se que várias características da sociedade moderna vêm alterando o fluxo na procura dos serviços de saúde, dentre elas a mudança na demografia e no perfil da sociedade de consumo e o amplo acesso à informação, além da prevalência de condições crônicas e do envelhecimento da população, que tem gerado uma reorganização do modo de atuar dos sistemas de saúde modernos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do pronto-socorro, tornando necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência de acordo com diferentes graus de necessidades e não mais de maneira impessoal e por ordem de chegada. (BRASIL, 2004a)

A solução de gestão tem sido o estabelecimento de um processo de racionalização da oferta e de estratégias regulatórias que se tornaram, nos tempos atuais, o ponto principal de discussão entre os gestores de saúde. Deste modo, surgiu uma alternativa, amplamente disseminada, a triagem de pacientes. Este método, de alguma forma, sempre foi feito em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. (MAFRA, 2009)

Contudo, o Ministério da Saúde, através de Política Nacional de Humanização, propõe modificar esta prática, através do dispositivo de acolhimento com classificação de risco, onde o objetivo principal é organizar o fluxo de usuários no sistema de saúde, definindo quais devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os usuários mais graves sejam atendidos primeiro.

A estratégia para o enfrentamento deste problema é a determinação de uma linguagem que permeie todo o processo de trabalho do atendimento. As experiências mundiais vêm mostrando que essa estratégia, a Classificação de Risco, é também um poderoso articulador de uma rede de serviços de urgência. (MAFRA, 2009)

O acolhimento com classificação de risco toma forma como uma estratégia para organizar a assistência; mexer no cotidiano das unidades de saúde; rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde. Isto implica, quando efetivado de maneira completa, uma reviravolta nos processos de trabalho das unidades e das equipes de saúde, com vistas a garantir o acesso dos usuários; trabalhar com critérios de entrada, além da ordem de chegada; identificar situações de risco e avaliar a gravidade; permitir que todos expressem seu sofrimento; propiciar uma abordagem integral da equipe com vistas a contemplar aspectos biológicos, psíquicos, epidemiológicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários e construir uma intervenção multiprofissional na assistência (ZOBOLI, 2006).

14.2 A Política Nacional de Humanização e o acolhimento com classificação de risco

O aporte teórico para o desenvolvimento deste trabalho veio de duas fontes: da Política Nacional de Humanização do SUS e da teorização sobre enfermagem em emergência, relacionada à humanização do atendimento e classificação de risco.

O levantamento bibliográfico que fundamentou a revisão de literatura foi efetuado nas bases de dados Google Scholar, Bireme, Scielo e BVS, utilizando como descritores: gerenciamento e administração; triagem; classificação; humanização; enfermagem em emergência.

A revisão de literatura evidenciou grande quantidade de artigos e livros tratando do tema humanização da assistência, especialmente nos últimos oito anos, quando cresce a produção científica neste campo e também as publicações do Ministério da Saúde.

Falar sobre a humanização das práticas de saúde coloca, antes de tudo, a necessidade de se fazerem algumas marcações sobre a própria constituição da política pública de saúde, buscando compreender o sentido de suas apostas. A partir desta compreensão é possível, então, localizar o papel e ação da Política de Humanização do SUS (PNH), verificando as razões estratégicas de sua formulação e sua importância na construção do SUS como política inclusiva e resolutiva. (SHIROMA, 2008)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS ou HumanizaSUS surge em 2004 e é expandida para todos os níveis de atenção à saúde. A PNH tem como objetivos: resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; prestação e conforto no atendimento ao usuário; motivação dos profissionais de saúde; controle social na atenção e organização do sistema de saúde; humanização das relações em todos os níveis. (BRASIL, 2009a)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes, implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (BRASIL, 2009a)

O HumanizaSUS lança mão de ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Um dos dispositivos propostos é o Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de urgência, que visa provocar mudanças na forma de atenção desses serviços, organizando a espera, ampliando o acesso, promovendo um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, estimulando o protagonismo dos trabalhadores através da reflexão sobre os processos de trabalho, estabelecendo vínculos.

No âmbito das Emergências, o ACCR engloba os seguintes aspectos: ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica interagindo profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico integrando-o no trabalho da equipe; transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos, adequando a resposta satisfatória sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de sua categoria (BRASIL, 2004b).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e alguns requisitos são necessários e precisam ser avaliados e planejados para sua implantação: (BRASIL, 2009a).

- Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;
- Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequação da estrutura física e logística das áreas de atendimento que devem ser pensadas também por nível de complexidade;

Área Vermelha – setor devidamente equipado e destinado ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas;

Área Amarela – ambiente destinado à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada;

Área Verde – local destinado a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais conveniados;

Área Azul – espaço destinado ao acolhimento inicial e atendimentos de baixa complexidade, composto por uma Central de Acolhimento, com fluxo obrigatório na chegada, uma área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade, respeitando-se os conceitos de ambiência, consultório de enfermagem/classificação de risco, e os demais consultórios e salas de atendimento.

O processo de acolhimento e classificação de risco se inicia com a chegada do usuário que, ao procurar o pronto-socorro, deve direcionar-se à central de acolhimento, que tem como objetivos: (BRASIL 2004a).

- Direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário;
- Determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
- Acolher pacientes e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
- Realizar rápida avaliação primária, baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos para a Classificação de Risco pelo enfermeiro, ou diretamente para a sala de emergência, caso necessário.

Após o atendimento e acolhimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem, onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/queixa/duração/intensidade;
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;

- Verificação de sinais vitais;
- Verificação da glicemia e oximetria de pulso;
- Exame físico sumário, buscando sinais objetivos;
- Eletrocardiograma, se necessário.

Após essa coleta de informações e mediante aplicação de um protocolo de classificação elaborado e/ou adaptado, previamente validado e/ou autorizado pela instituição, e da identificação adequada da ficha de atendimento, a classificação de risco poderá ocorrer nos seguintes níveis, por exemplo:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

14.3 Contexto institucional

Este trabalho foi desenvolvido no pronto-socorro adulto de alto fluxo, de um hospital universitário, de grande porte, com clientela preestabelecida, na zona sul da capital de São Paulo. É uma entidade autárquica autônoma, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica e patrimônios próprios. Atualmente, está vinculada à Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo.

O pronto-socorro está localizado no andar térreo do prédio do hospital. Dispõe de 37 leitos para observação, 1 leito de isolamento, 2 leitos para trombólise, além de 8 leitos na sala de emergência, somando um total de 48 leitos com uma taxa de ocupação em torno de 100%. A média de atendimentos mensal foi de 20.611 clientes em 2009.

Em praticamente todas as especialidades atendidas no pronto-socorro (clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, neurologia clínica e cirúrgica, nefrologia, urologia, cirurgia vascular, hematologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, moléstias infecciosas, pneumologia, oncologia, cuidados paliativos, cirurgia torácica e dermatologia) a faixa etária de maior prevalência é acima de 65 anos, com exceção apenas para as seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, cirurgia buco-maxilo facial e psiquiatria.

A estrutura física para atendimento aos pacientes é composta por uma recepção, um setor de internação, o núcleo de apoio ao cliente, 16 consultórios médicos, 2 consultórios de enfermagem, 1 consultório do serviço social, 1 sala de gesso, 2 salas de raio X, 2 salas de procedimentos, 1 sala de emergência, 1 sala de trombólise, 1 sala de medicação, 1 sala de eletrocardiograma, 1 sala de enteroclisma, 1 isolamento e 5 enfermarias para observação, além de todas as áreas de apoio.

A entrada das pessoas é no centro de um longo corredor, de lado a lado, onde se distribuem as salas de atendimento. Internamente, outro longo corredor dá acesso às enfermarias.

14.4 Planejamento da implantação

No início do ano de 2008, diante das características de atendimento do pronto-socorro e dos problemas advindos da má distribuição de recursos e da superlotação, foi proposto à diretoria do hospital a adoção de um dispositivo que reorganizasse nosso serviço.

Foi elaborado um projeto para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, com base na bibliografia existente, nas orientações da Política de Humanização do Ministério da Saúde, e em visitas técnicas em hospitais da grande São Paulo que já trabalhavam com essa metodologia.

A proposta de implementação do ACCR foi composta de sete etapas:

- a) Encontros para sensibilização com a presença dos gestores, gerentes, chefes e demais colaboradores da equipe interdisciplinar para apresentar a temática do projeto, objetivando um maior e melhor envolvimento e adesão dos mesmos e integração do grupo.
- b) Oficinas para implementação direcionada para os colaboradores diretamente envolvidos com a atenção às urgências e emergências, envolvendo assuntos do cotidiano profissional e institucional.
- c) Dimensionamento de necessidades estruturais e de pessoal: levantamento e diagnóstico de problemas e de adequações que precisariam ser feitas, além das solicitações de materiais, mobiliários, equipamentos, reforma da planta física, incremento dos recursos humanos, comunicação institucional, adequação de rotinas e fluxos de atendimento.
- d) Capacitação técnica a todos os colaboradores direta ou indiretamente envolvidos, através de cursos, treinamentos e aprimoramento profissional.

e) Informação/orientação da clientela atendida.

f) Alteração/adaptação dos fluxos e áreas de atendimentos.

g) Adoção/elaboração/adaptação de protocolo para classificação de risco a ser aprovado e validado pela instituição.

14.5 Processo de implantação

O processo de implantação do projeto foi desenvolvido de acordo com as etapas planejadas, que aconteceram, para algumas delas, de forma simultânea:

- a) Encontros para sensibilização: Foram desenvolvidos sete encontros com a equipe de enfermagem e os colaboradores diretamente relacionados ao projeto; além disso, foram feitas reuniões com a equipe médica do pronto-socorro, com os diretores médicos de outros serviços, e com os serviços de apoio (radiologia, laboratório, segurança, atendimento ao cliente, engenharia, educação continuada, serviço social, internação e agendamento, informática, conservação e reparos, comunicação institucional, nutrição, higienização e limpeza), para apresentação do projeto e da nova forma de funcionamento do pronto-socorro.
- b) Oficinas para implementação: foram realizados quatro encontros com a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e colaboradores diretamente envolvidos (serviço social, segurança, administrativos, recepção, arquitetura) para apresentação e discussão do projeto, assim como para realizar coletivamente a análise dos processos e fluxos e o levantamento das propostas de mudanças.
- c) Pessoal, material e estrutura: Foi feita a aquisição dos materiais e equipamentos necessários para a recepção e a classificação de risco: computador e impressora para os consultórios da classificação, aparelho de aferição de pressão arterial não invasiva, termômetro digital, oxímetro de pulso, aparelho de eletrocardiograma, dispensador de senha, display eletrônico, longarinas, faixas demarcadoras de piso, etiquetas adesivas, coloridas, televisões para as salas de espera, bebedouros, mobiliário, campanha, webcam (para abertura da ficha de atendimento com foto), caixas organizadoras de escritório, assim como de mais equipamentos para o atendimento de emergência: desfibrilador bifásico para a sala de emergência, aspirador portátil, fluxômetros, ressuscitador manual, laringoscópio.

Foi realizada também uma adequação de planta física, com pintura e troca de forro de toda a extensão do pronto-socorro, troca de luminárias, ampliação

e adequação das salas de medicação, sala de emergência e farmácia, impermeabilização do teto e das rampas de acesso, revisão das portas de entrada, troca das divisórias dos consultórios, aplicação de faixas demarcadoras de piso coloridas, alteração na distribuição dos consultórios.

- d) Capacitação técnica: foram realizados 19 cursos direta e/ou indiretamente relacionados ao projeto. Neste treinamento tivemos a participação de 308 colaboradores.
- e) Informação/orientação da clientela: a fim de informar e orientar nossos clientes sobre as alterações na prestação de serviços foi realizada a pintura das paredes e a demarcação do piso com faixas coloridas, além da confecção de material de divulgação com dois banners explicativos, 50.000 fôlderes, e veiculação das informações através do site e jornal institucional.
- f) Alteração/adaptação dos fluxos de atendimentos:

- Agente acolhedor: foi instituída uma equipe de acolhedores com um auxiliar de enfermagem que recebe o paciente desde sua chegada na porta do pronto-socorro e um orientador que circula por toda área de atendimento aos clientes não internados, fornecendo informações e/ou dando orientações aos clientes, usuários e acompanhantes.
- Abertura de fichas: o layout das fichas de atendimento foi alterado para adaptação às necessidades do protocolo; após a abordagem inicial pelo agente acolhedor na porta do serviço, o usuário é orientado a retirar a senha no dispensador, de acordo com as legislações vigentes de priorização (idosos, portadores de necessidades especiais, etc.) e aguardar na sala de espera o chamado eletrônico através do display. A ficha de atendimento é direcionada automaticamente para o consultório da classificação.
- Classificação de risco: o cliente é submetido a uma consulta de enfermagem com a aplicação de um protocolo específico para esta finalidade. A partir da classificação o paciente é direcionado às respectivas áreas de atendimento conforme a gravidade de sua queixa. A ficha é distribuída eletronicamente

para todos os consultórios médicos onde pode ser visualizada a classificação recebida. Após ser consultado pelo médico, o cliente pode ser encaminhado às diversas áreas de atendimento (medicação, coleta, procedimentos, etc.) que também respeitam, para o atendimento, a classificação recebida.

- g) Adoção/elaboração/adaptação de protocolo para classificação de risco: a partir de vários protocolos de classificação de risco existentes, foi elaborada uma versão estratificada por queixa, individualizada para as nossas necessidades e características de atendimento. (PROTOCOLOa, PROTOCOLOb). Esta versão foi elaborada pela equipe de enfermagem e discutida e aprovada pela equipe médica.

Exemplo do Protocolo de Classificação de Risco Adaptado

Quadro 5 - Identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
PRIORIDADE ZERO (VERMELHO)	EMERGÊNCIA MAIOR Encaminhar diretamente para a sala de emergência	Atendimento médico IMEDIATO (com sinal sonoro) Assistência de enfermagem contínua
PRIORIDADE I (LARANJA)	EMERGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com alta prioridade Sala de admissão da emergência	Atendimento médico em até 15 minutos Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE II (AMARELO)	URGÊNCIA MAIOR Encaminhar para consulta médica com prioridade	Atendimento médico em até 1h Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE III (VERDE)	URGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com menor prioridade	Atendimento médico em até 2h Reavaliação da enfermagem periodicamente
PRIORIDADE IV (AZUL)	NÃO URGÊNCIA Encaminhar para atendimento sem prioridade	Atendimento médico no mesmo dia ou agendamento Reavaliação da enfermagem periodicamente

Quadro 6 - Critérios de priorização para a situação-queixa: alterações cutâneas, feridas, abscessos

SINTOMA / QUEIXA / EVENTO	QUALIFICADORES	CLASSIFICAÇÃO	CLÍNICA	SINAIS DE ALERTA / OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
ALTERAÇÕES CUTÂNEAS FERIDAS ABCESSOS	Sinais vitais alterados	LARANJA	Clínica Médica Cirurgia geral	Cuidados com idosos e diabéticos
	Ferida com sangramento não compressível (encaminhar direto para sala de sutura)			
	Com estridor laringeo ou dificuldade de falar			
	Comprometimento vascular distal			
	Dor intensa (escala de dor: 8 a 10)			
	Sinais vitais normais	AMARELO		
	Ferida com sangramento compressível (encaminhar direto para sala de sutura)			
	Ferida infectada com sinais sistêmicos (toxemiado, prostrado e febril)			
	Urticária ou prurido generalizado intenso			
	Dor moderada (escala de dor: 5 a 7)			
	Acidente perfuro-cortante com material biológico	VERDE		
	Ferida pequena, superficial e sem sangramento ou hematoma			
	Abcesso e ferida infectada sem sinais sistêmicos			
	Dor aguda leve (escala de dor: 1 a 4)			
	Quadro crônico ou recorrente			
	Feridas com sinais flogísticos locais			
	Miase com infestação intensa			
	Retarda de pontos			
Infeção local	AZUL			
Escara ou necrose sem sinais sistêmicos				
Controle de úlceras crônicas				

14.6 Discussão

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a re-significar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é necessariamente um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos envolvidos. (SHIROMA, 2008)

Através das oficinas para implantação e dos encontros para sensibilização, pôde-se perceber mudanças na postura das equipes, que passaram a trabalhar de maneira mais coesa e com mais autonomia. Pôde-se perceber também de forma concreta o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. O acolhimento foi uma estratégia para reorganizar a assistência e também mexer no cotidiano da unidade, rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde. Todos os fluxos foram descritos e repensados por toda a equipe, nesses diversos encontros.

A discussão da ambiência, proposta pelo projeto, propicia a construção de novos espaços, a partir de uma base teórica e metodológica que ao mesmo tempo em que se discute ambiência, também se promovam reflexões sobre as práticas e os processos de trabalho realizados neste espaço físico. O acolhimento pressupõe a criação de espaços, que proporcionem a interação entre os usuários e trabalhadores. Nesse sentido, é importante que ao criar essas ambiências se conheçam e respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade que se está atuando. (BRASIL, 2004c)

A discussão da ambiência e dos fluxos de trabalho, realizadas durante as oficinas, propiciou a reflexão sobre os processos, e o protagonismo dos colaboradores na proposta de mudanças e melhorias. No tocante ao apoio da instituição, a aquisição de materiais e equipamentos, além da reforma da área física, melhorou indiscutivelmente as condições de trabalho.

Ainda dentro dessa temática, pudemos perceber que a caracterização do espaço por cores é uma ferramenta eficiente para a clareza e facilidade de entendimento dos clientes, devendo contemplar o máximo possível de sinalização e placas de informação, além das preocupações com acessibilidade, para que não se exclua nenhuma parcela da população, utilizando-se de linguagem clara e representativa, e identificando os espaços e suas funções.

Com relação à capacitação técnica e, diante da heterogeneidade na formação dos colaboradores, percebeu-se a necessidade de treinamento focado para cada equipe, a fim de instruí-los na reorganização desses processos de trabalho.

Na medida em que a aprendizagem no trabalho mobiliza e convida à ação, destaca-se a importância do comprometimento institucional com a mudança na direção da humanização expressa pela garantia de participação de todos os colaboradores envolvidos e por um processo permanente de aprendizagem significativa. É preciso criar condições favoráveis para propiciar a permanente reflexão sobre as práticas e a produção de saúde e construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios do SUS. (ZOBOLLI, 2006)

O protocolo ou norma de orientação clínica é um instrumento para auxiliar a decisão clínica em circunstâncias específicas. O protocolo é um guia que deve ser utilizado em circunstâncias bem especificadas, com objetivos bem definidos; o público a quem se destina deve ser claramente descrito, assim como seus utilizadores. Um protocolo de classificação de risco na urgência é um instrumento que sistematiza a avaliação de risco feita pela enfermagem. (BRASIL, 2009b)

Um dos maiores resultados advindos deste projeto foi a elaboração do protocolo de classificação de risco que foi adaptado à realidade do serviço em questão, e estratificado por queixa, do qual apresentamos um exemplo ao final do texto. Trabalhamos com cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), sendo que a cor laranja representa a grande urgência, que deve ser atendida de imediato, porém não necessariamente na sala de emergência, mas no próprio consultório médico. O envolvimento da equipe de informática permitiu ainda que o protocolo fosse disponibilizado no computador, facilitando seu uso.

14.7 Considerações finais

Torna-se importante salientar os principais aspectos que se destacaram neste processo de trabalho.

A dinâmica de trabalho dos serviços de emergência nos distancia de discussões acerca da

prática profissional, da empatia com nossos clientes e de reflexões sobre humanização. Muitas vezes criamos mecanismos de defesa para aprender a lidar com situações difíceis como vida e morte.

Nesta perspectiva destaca-se a contribuição que este projeto trouxe para o desafio de implementar mudanças organizacionais, especialmente por tratar-se de uma proposta que inclui os enfermeiros como protagonistas neste processo.

A importância não é somente pelo que é produzido cientificamente, mas pelo efeito que produz na forma de pensar e ver as coisas, pela oportunidade de rever os problemas e as soluções de modo coletivo. Ao refletir coletivamente sobre o processo de trabalho para a implantação do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco, nos deparamos com o fato de estarmos trabalhando com vários outros dispositivos da PNH, em particular a gestão e o trabalho em equipe.

Esta e outras iniciativas e estratégias e todas as benfeitorias advindas deste processo de implantação são apropriadas para a valorização do usuário e dos trabalhadores de saúde. O pronto-socorro era o local de onde os profissionais queriam sair, para outros setores do hospital; hoje, pedem transferência para o pronto-socorro. É visível a mudança no clima de trabalho e no envolvimento e participação dos trabalhadores.

A prática educativa realizada no decorrer deste projeto, e a maior proximidade com assuntos relativos a todo esse processo (caracterização da clientela, estatísticas de atendimento, etc.) contribuíram para sedimentar os conhecimentos necessários para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco, além de instrumentalizar os atores também em outros processos gerenciais.

Durante o desenvolvimento deste projeto puderam ser identificadas as etapas a serem revisadas, e os processos a serem melhorados ainda, que demandam maior discussão quanto ao acolhimento e humanização do atendimento. Mas indiscutivelmente esta reflexão trouxe não só um maior aprofundamento no assunto como, também, maior amadurecimento pessoal e grupal para todos os colaboradores do Pronto-Socorro Adulto.

Agradecimento

Agradecemos ao Dr Clóvis Silveira Júnior, diretor do pronto socorro, que sempre acreditou e valorizou nosso trabalho. À superintendência do instituto, à diretoria do hospital e ao diretor da divisão de enfermagem, Dr Cláudio Luis da Silveira, por todo apoio dispensado. A cada um dos Enfermeiros do pronto socorro, protagonistas deste desafio. A todos os membros da equipe de enfermagem. E aos consultores do ministério da saúde: Dra Cleusa Abreu, Dr Joaquim José da Glória Júnior e demais colaboradores. Especial e finalmente, também somos gratas a Deus e aos nossos companheiros e familiares por alicerçar nossas caminhadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004a. (Serie B. Textos básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do SUS.** Brasília, 2006. Disponível em <www.sespa.pa.gov.br/sus/sus_oquee.htm>. Acesso em 02/10/2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 44 p.

MAFRA, Adriana de Azevedo et al. A mudança na gestão das urgências a partir da Classificação de Risco. In: MARQUES, Antonio Jorge de Souza et al. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais.** Belo Horizonte: Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 81-111.

PASCHE, Dário Frederico. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28. out. 2009.

PROTOCOLO de acolhimento com classificação de risco do pronto-socorro do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti. Campinas, São Paulo. 2001

PROTOCOLO de acolhimento com classificação de risco do pronto-socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, Minas Gerais. 2006

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

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS**: um desafio para enfermeiros/as [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health**. Health Equity Team; Commission on Social Determinants of Health, Discussion paper. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/CSDH>>. Acesso em: 28 out. 2009.

ZOBOLI, E; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **O mundo da saúde**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 312-331, 2006.

15

Cuidando dos Cuidadores

– um programa multidisciplinar de acolhimento dos cuidadores informais no Hospital Geral de Pirajussara

¹Yumi Kaneko

²Eliane Teixeira Leite de Almeida

³Christian Campos

⁴Antonio Carlos Vazquez Vazquez

⁵Ana Maria da Silva

⁶Patrícia Andréia de Lima Maciel

⁷Kelly Leonel Medeiros

⁸Fabiana Dantas

⁹Jackeline Pillon

Maira Barros Hesemi Magalhaes

Tenille Guimarães Aguiar

15.1 Introdução

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), um cuidador é:

A pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento ao serviço de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem.

A família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam nestes cuidados.

O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que a doença se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e a família atribuem ao evento. A família necessita se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e as funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

Os estudos apontam alguns problemas dos cuidadores, tais como:

- Pobre comunicação médica;
- Tempo de consulta médica imprevisível;
- Cuidado de enfermagem insuficiente;
- Falta de conhecimento do cuidador sobre os cuidados do paciente.

Estes fatos, por sua vez, geram uma grande angústia e desgaste nos familiares, além do significativo ônus que a própria atividade cotidiana de cuidados implica na vida dos mesmos. Acreditamos, desta forma, que o bem-estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para:

- Aproximar os familiares da equipe de saúde da instituição;
- Reaproximação dos cuidadores com o paciente;

¹Médica Fisiatra, coordenadora da Unidade de Reabilitação; yumi.kaneko.chacur@gmail.com

²Assistente Social;

³Vice-Diretor Clínico;

⁴Psicólogo;

⁵Enfermeira;

⁶Nutricionistas;

⁷Fisioterapeuta;

⁸Fonoaudiólogas;

⁹Terapeuta Ocupacional. Todos os autores compõem a equipe do Hospital Geral de Pirajussara.

- Prevenir o burnout em cuidadores (o burnout pode levar a práticas paternalistas e abusos e agressões ao paciente);
- Amenizar as angústias dos familiares diante o adoecimento;
- Facilitar a aceitação do estado mórbido do seu ente querido, assim como das possíveis sequelas.

Sob estes pontos de vista, foi elaborado um programa de abordagem e apoio aos cuidadores informais dos pacientes internados no Hospital Geral de Pirajussara, chamado “Cuidando dos Cuidadores”.

15.2 Objetivo

Humanização do atendimento aos familiares e cuidadores dos pacientes críticos através do grupo de suporte que gere impacto positivo na gestão.

15.3 Metodologia

Foi instituída uma equipe multidisciplinar composta por médico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, nutricionista e integrante da diretoria clínica. Os integrantes técnicos da equipe ministram um encontro semanal com os familiares com o objetivo de:

- Acolher os familiares e cuidadores dos pacientes acamados, com a incapacidade funcional significativa (ou com risco de desenvolver incapacidade funcional). Entende-se pela “incapacidade funcional” as dependências do indivíduo nas suas atividades da vida diária, tais como: ato de alimentar-se, banho, higiene elementar, vestuário e transferência;
- Oferecer orientação técnica dos cuidadores quanto aos cuidados básicos do paciente no ambiente domiciliar, em paralelo às orientações individuais no leito se necessário;
- Esclarecer e discutir com os familiares sobre o conceito de cuidador e discutir sobre o sentido de cuidar;
- Promover a melhor aceitação de alta hospitalar pelos familiares, diminuindo suas angústias de receber o paciente no seu domicílio;

- Diminuir a possibilidade de reinternações por intercorrências clínicas geradas pela conduta inapropriada no domicílio;
- Favorecer o processo de reabilitação após a alta hospitalar.

O grupo “Cuidando do Cuidador” iniciou seu atendimento em maio de 2007.

15.4 Resultados

O Gráfico 1 mostra o número de familiares/cuidadores abordados por mês. Desde maio de 2007 até o momento, foram abordados 1.152 familiares/cuidadores de 970 pacientes. O Gráfico 2 mostra a proporção de origem dos pacientes. Assim, pacientes podem ser oriundos da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI adulto ou do domicílio (pós-alta hospitalar). Com aumento gradativo dos familiares dos pacientes que receberam a alta hospitalar entendemos que este trabalho está sendo bem aceito e vem se tornando um canal de comunicação que liga os usuários à instituição. O Gráfico 3 mostra o número de encontros

Gráfico 12 - Número de participantes/mês

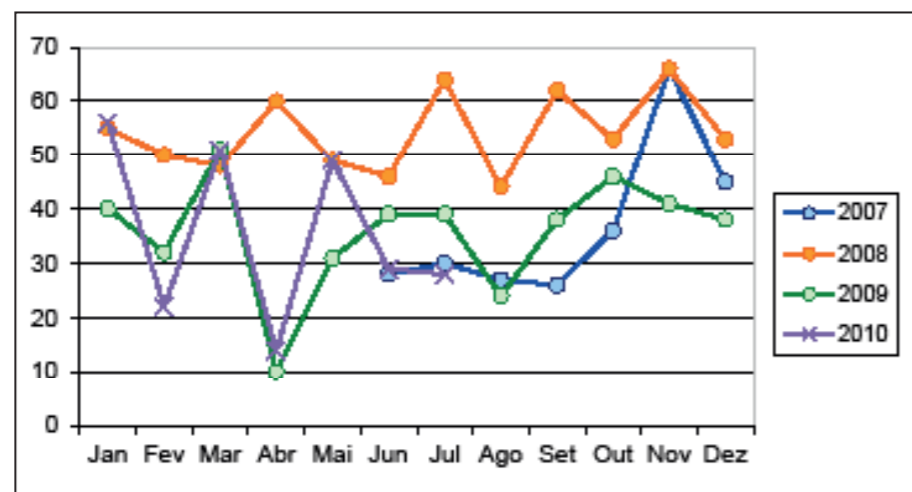


Gráfico 13 - Número de pacientes e cuidadores abordados por ano

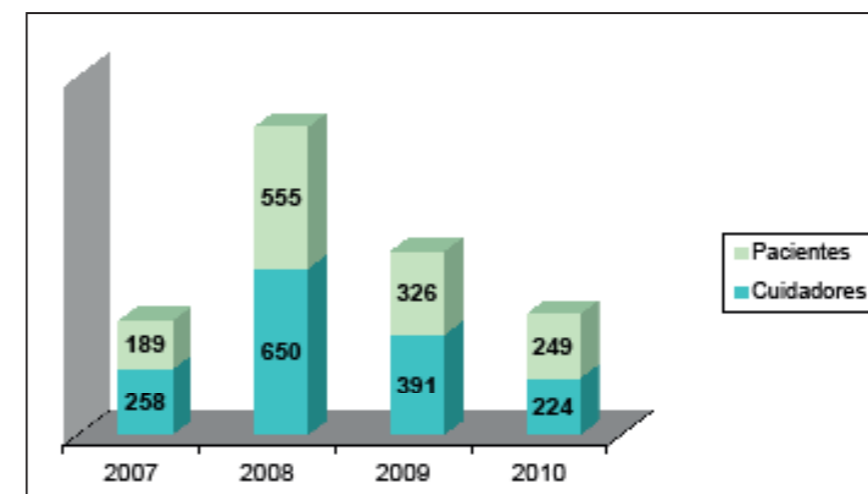


Gráfico 14 - Proporção de origem dos pacientes

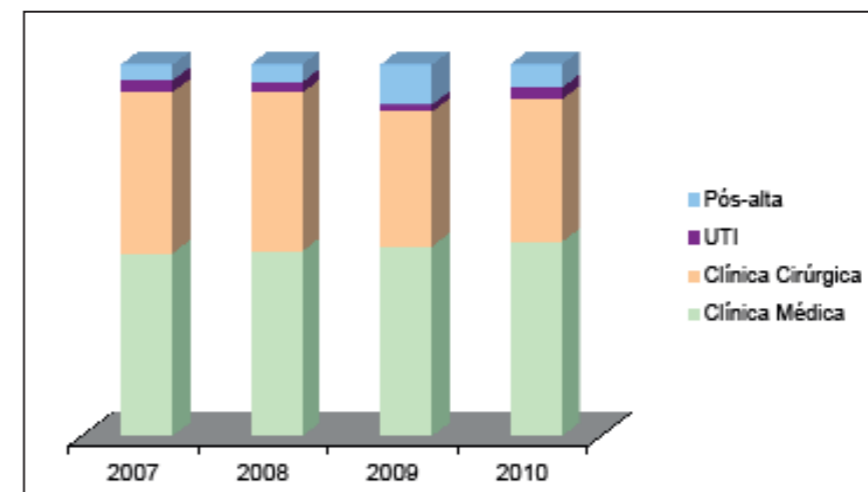
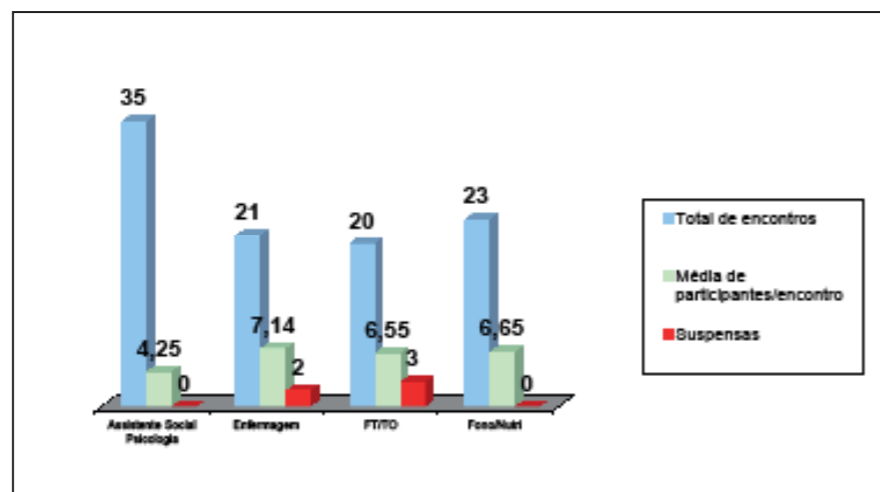


Gráfico 15 - Estratificação de realização de grupo por disciplinas



ministrados pelos profissionais técnicos e a média de participantes por sessão.

A equipe deste trabalho aponta como principais resultados:

- Melhora na aceitação de alta hospitalar pelos familiares;
- Diminuição da requisição da vaga de hospital de retaguarda: alguns familiares que, a priori, haviam solicitado uma vaga em hospital de retaguarda, decidiram por cuidar do paciente no seu domicílio após participarem do grupo de cuidadores);
- Preparação técnica e emocional dos cuidadores, mostrando que é possível cuidar, sem traumas;
- Maior participação e interesse dos cuidadores nas aulas e nos cuidados de seus familiares adoecidos;
- Melhor entendimento no momento da orientação técnica na alta hospitalar, o que facilita para o profissional a realização de uma orientação mais completa e a otimização da assistência;
- Melhor acolhimento dos pacientes por parte dos cuidadores, na medida em que perdem o medo;
- Facilitação da elaboração do procedimento e das orientações necessários no

momento da alta, pelo fato dos profissionais já conhecerem os cuidadores antes da alta;

- Melhor acolhimento dos familiares e consequente melhoria do relacionamento e do vínculo destes com a instituição.

Durante as reuniões com os grupos observou-se a necessidade dessa população de cuidadores receber um acolhimento em relação ao seu próprio sofrimento. Tal acolhimento depende de um tipo de escuta especializada do psicólogo – fazendo com que o problema trazido por um dos participantes seja ouvido por todos os demais presentes. Este processo possibilita que os participantes, ao escutarem o outro, aprendam a “se ouvir” de maneira menos sofrida e elaborarem seus recursos internos para lidarem com suas questões e dificuldades.

Dessarte, pensamos que este projeto conseguiu atingir algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), tais como:

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Criar mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Implantar a equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados (minimamente com médico e enfermeiro) e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.

15.5 Conclusão

O acolhimento multidisciplinar dos cuidadores traz um impacto positivo tanto do ponto de vista de humanização como da gestão, ao resultar em facilitação do processo de tratamento e alta dos pacientes.

Referências:

BORN, Tomiko. **A formação de cuidadores, acompanhamento e avaliação.** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf>>. Acesso em: 6 dez. 2010.

FIELD D.; MCGAUGHEY, J. An evaluation of palliative care services for cancer patients in the southern health and social services board of Northern Ireland. **Palliat Med.**, [S. l.], v. 12, p. 83-97, 1998.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health:** a guide to rating scales and questionnaires, 2. ed. New York: Oxford University Press, 1996.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família.** Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>>. Acesso em: 6 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional da Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.fiscolex.com.br/doc_17039_Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999.aspx>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. **HumanizaSUS:** documento para gestores e trabalhadores do SUS, Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em 5.nov. 2009.

16

**A contação de história
como estratégia de acolhimento
na orientação
pré-operatória:
relato de experiência**

Regina Célia Tanaka Nunes¹

Rosane Maria dos Santos²

Mariluci Hautsch Willig³

Mara Xavier Melnik⁴

¹Enfermeira, Hospital de Clínicas – UFPR; Membro do Comitê de Humanização do Hospital de Clínicas – UFPR; Coordenadora da Câmara Técnica de Humanização do Município de Curitiba e Região Metropolitana; Apoiadora da Política Nacional de Humanização (PNH); Especialista em Enfermagem Obstétrica. E-mail: reginatanaka@ufpr.br

²Enfermeira do Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Clínicas – UFPR; Coordenadora do Programa de Orientação Pré-operatória; Membro do Comitê de Humanização do Hospital de Clínicas – UFPR; Especialista em Administração dos Serviços de Saúde; Especialista em Projetos Assistenciais em Enfermagem.

³Enfermeira do Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico e Serviço de Emergência Pediátrica, Hospital de Clínicas – UFPR; Membro do Comitê de Humanização do Hospital de Clínicas – UFPR; Membro da Câmara Técnica de Humanização do Município de Curitiba e Região Metropolitana; Especialista em Projetos Assistenciais em Enfermagem; Mestre em Enfermagem.

⁴Voluntária do Serviço de Voluntários do Hospital de Clínicas – UFPR; Membro do Comitê de Humanização do Hospital de Clínicas – UFPR; Presidente da ONG “Arte e Alegria”. Instituição: Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. Endereço: Rua General Carneiro, 181, Bairro Alto da Glória. CEP: 80060.900 – Curitiba-PR.

Resumo

Trata-se de um relato de experiência vivenciado junto às crianças internadas em uma unidade de cirurgia pediátrica de um hospital de ensino na cidade de Curitiba-PR, usuárias do Sistema Único de Saúde. Entendendo-se a importância de acolher e informar adequadamente as crianças e suas famílias a respeito do período pré-operatório e da cirurgia a ser realizada, em 2007, por intermédio do Comitê de Humanização do hospital, foi incorporada ao Programa de Orientação Pré-Operatória, já existente, a ONG “Cuidando com Arte” composta por um grupo de voluntários. A estratégia utilizada pelos componentes da ONG é a contação de história teatralizada, o contexto da narrativa percorre de forma lúdica, todos os momentos e ambientes que antecedem a cirurgia, a entrada no centro cirúrgico, o pós-operatório, e a alta hospitalar. O objetivo desta proposta é humanizar o atendimento e minimizar os fatores estressantes provocados pelo ato cirúrgico e pela hospitalização. Considera-se, até o momento, que este trabalho tem atingido os objetivos propostos. Percebe-se boa aceitação por parte da equipe multiprofissional, da criança e dos familiares que agradeceram formalmente, pois entendem que as orientações recebidas facilitam o processo de ambientação hospitalar e a recuperação dos filhos.

Palavras-Chave

Criança e Hospitalização. Jogos e Brinquedos. Procedimento cirúrgico. Humanização da assistência.

Abstract

This is an account of experiences with the children in a Pediatric Surgery Unit of a Teaching Hospital in Curitiba-PR, users of the Unified Health System Understanding. The importance of accepting and properly inform the children and their families regarding the preoperative and surgery to be performed in 2007 through the Committee for the Humanization of Hospital, was incorporated into the Orientation Program Preoperative existing, the NGO “Caring with Art” written by a group of volunteers. The strategy used by members of the NGOs is the dramatized story telling, the context of the narrative travels through play, all times and environments before surgery, the entry in the operating room, and the postoperative hospital discharge. The objective of this proposal is to humanize care and minimize the stress factors caused by surgery and hospitalization. It is considered so far, this work has achieved the goals. We can see good acceptance by the multidisciplinary team, child and family thanked formally, since they assume that the guidance received substantially improve the ambiance of the hospital and recovery of children.

Key Words

Child and Hospitalization. Play and Playthings. Chirurgical procedure. Humanization of assistance.

16.1 Introdução

As instituições de saúde enfrentam dificuldades em relação ao despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, desrespeito ao direito dos usuários e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Em 2003, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) que traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que necessitam ser enfrentadas. A PNH surge a partir de um conceito de humanização baseado no “re-encantamento do concreto” (VARELA, 2003).

A PNH impõe um desafio de alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde. Aposta nas tecnologias relacionais, como escuta, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado. Possui como princípios, a inseparabilidade entre atenção e gestão, a transversalização de saberes, poderes e afetos na ação cotidiana dos serviços e das práticas de saúde e aposta na autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Aponta para um conjunto de diretrizes que são: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ampliação da clínica, redes de valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência e construção de memória dos processos de mudança.

Para Souza et al (2005), o acolhimento aos usuários, com a priorização de suas necessidades biopsicossociais é uma forma de proporcionar atendimento humanizado, acolhimento entendido como processo que permeia todos os momentos: desde a entrada até a saída da instituição.

O acolhimento inicial é muito importante, principalmente em unidades pediátricas, pois estabelece vínculos que serão imprescindíveis no tratamento clínico e cirúrgico das crianças que necessitam de algum cuidado em nossa instituição.

Segundo o autor op cit o trabalhador de saúde precisa estar preparado para atender as demandas da rede social dessas crianças, tanto no sentido profissional, ético. como no emocional, para que possa ser resolutivo em suas ações.

A doença e a hospitalização constituem uma crise importante na vida das crianças e seus familiares. Ao adentrar no ambiente hospitalar a criança depara-se com o desconhecido, o inesperado, a hospitalização torna-se um evento assustador.

A hospitalização exerce sobre a criança uma influência psicológica capaz de ocasionar-lhe desequilíbrio emocional prejudicando ou até mesmo agravando seu estado de saúde. Para

a adaptação da criança à ambiência hospitalar, é necessário o desenvolvimento de ações para minimizar os fatores estressantes.

O preparo e a orientação planejada da criança e de sua família no período pré-operatório são fatores fundamentais para a aceitação do procedimento cirúrgico, e o engajamento do familiar nos cuidados à criança, bem como para sua familiarização com o ambiente hospitalar. As orientações contribuem também na diminuição da ansiedade diante do processo doença-hospitalização e assegura a adequada recuperação pós-operatória (SANTOS; CASSAPULLA; HELLBERGER, 2000). Schmitz, Piccoli e Viera (2003, p. 15) entendem que para a criança ser atendida, na sua integralidade, devem também, ser consideradas “suas necessidades emocionais, sociais e abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, entre as quais encontra-se o brinquedo, que tem se mostrado um efetivo instrumento de intervenção de enfermagem”

Este artigo descreve a experiência vivenciada no Programa de Orientação Pré-Operatória de uma Unidade de Cirurgia Pediátrica de um hospital de ensino na cidade de Curitiba-PR, projetado para promover a humanização da assistência. A utilização da contação de história (promoção do brincar), como estratégia de acolhimento na orientação pré-operatória da criança, e da adaptação da criança e de sua família à hospitalização.

16.2 A importância da promoção do brincar no ambiente hospitalar

Para Schmitz, Piccoli e Viera (2003), o espaço das brincadeiras não deve ser ignorado no ambiente hospitalar, pois quando as crianças adoecem o brincar exerce funções relevantes durante a hospitalização, dentre estas a segurança, que se expressa por uma melhor adaptação ao ambiente desconhecido, aos procedimentos realizados e aos profissionais.

As instituições hospitalares por apresentarem um formato de organização estrutural fortemente hierarquizado precisam refletir a respeito da flexibilização de suas normas, e com isto, despertar uma nova visão voltada ao “desenvolvimento de procedimentos que contemplem a singularidade de ser criança. Nesse sentido, a promoção do brincar se torna uma das estratégias possíveis para o resgate e a manutenção da criança, no ambiente da internação” (MITRE; GOMES, 2004, p. 153).

Segundo Motta (2004), entre as possíveis formas utilizadas para a superação de situações estressantes, encontra-se o brincar, estratégia utilizada tanto pela criança, como pelos profissionais do hospital para lidarem com os problemas advindos da hospitalização.

Em pesquisa realizada por Schmitz, Piccoli e Viera (2003, p. 21) a respeito da utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança, constatou-se

que esta estratégia foi fundamental “pois através dos brinquedos, as crianças expressaram seus sentimentos quanto ao procedimento cirúrgico, brincando”.

16.3 O programa de orientação pré-operatória

As enfermeiras da Unidade de Cirurgia Pediátrica de um hospital de ensino, na cidade de Curitiba, por volta do ano de 1994, preocupadas com as crianças e suas famílias que chegavam ao serviço para internamento, mal informadas e amedrontadas, resolveram atuar na assistência à criança e seu familiar no período pré-operatório, procurando atender suas necessidades e para estabelecer um relacionamento cordial e franco.

A Unidade de Cirurgia Pediátrica possui 36 leitos, e atende crianças na faixa etária de 0 a 14 anos usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), submetidas à cirurgia eletiva ou de emergência em diferentes especialidades, sendo realizados em média 15 procedimentos cirúrgicos eletivos/dia.

A partir de 2000, percebeu-se a necessidade de prestar informações mais completas e atender a criança e sua família de forma sistematizada, humanizada e qualificada através da implantação do “Programa de Orientação Pré-Operatória”.

Após atendimento no ambulatório de Pediatria as crianças que fariam cirurgias eletivas eram encaminhadas à Unidade de Cirurgia Pediátrica, para que a enfermeira do serviço orientasse as mães a respeito do procedimento cirúrgico, preparo pré-operatório, o início do jejum, a necessidade dos exames, e consultas com o anestesista.

Nas orientações também eram enfatizadas as normas e rotinas da unidade. Enquanto as mães participavam do programa, as crianças ficavam sem nenhuma atividade, a impaciência destas, desviava a atenção dos acompanhantes, e as informações não eram assimiladas de forma adequada. Em 2007, por intermédio do Comitê de Humanização do hospital, foi incorporado ao programa a ONG “Cuidando com Arte” composta por um grupo de voluntários, para atuar com as crianças e seus familiares. Os objetivos deste grupo são: proporcionar lazer, ambientação e resgate de valores por meio de atividades lúdicas.

16.4 O projeto “Cuidando com arte”

A estratégia lúdica utilizada pelos voluntários da ONG “Cuidando com Arte” é a contação de história teatralizada. O contexto da história foi construído com a orientação e supervisão técnico-científica da enfermeira responsável pelo setor, focado nos seguintes aspectos:

humanizar o atendimento e proporcionar ao familiar e à criança a compreensão básica a respeito do procedimento cirúrgico, bem como do tipo de anestesia a ser utilizada, dos cuidados e condições pós-operatórias.

O projeto é realizado todos os dias, de segunda a sexta-feira no hall de entrada da Unidade Cirúrgica, com a presença diária de dez a 15 crianças e seus respectivos familiares. A história tem como enredo a vida de uma família constituída por Dona CORA (mãe), o Senhor CORALINO (pai) e o filho COR, que residem na cidade de Coração Bonito.

Figura 3 – A Família Cor



Figura 4 – Cor vai ao médico



A história narra o cotidiano da família. Com a descoberta de que COR está doente e precisa se submeter a um procedimento cirúrgico, a narrativa percorre de forma lúdica, todos os momentos e ambientes que antecedem a cirurgia, a entrada no Centro Cirúrgico, o pós-operatório, a alta hospitalar e a volta de COR para casa radiante de alegria, pois não sentia mais dor e podia brincar, estudar e treinar para ser um grande jogador de futebol, seu grande sonho.

Figura 5 – Familiarização com a anestesia “Cheirinho”



Figura 6 – Brincando de Médico



Os voluntários, nas suas apresentações, utilizam brinquedos terapêuticos como: bonecos e fantoches, e também avental, maleta de médico, estetoscópio e seringas de brinquedo que podem ser manipuladas pelas crianças, são utilizadas sucatas para confeccionar a maioria dos materiais utilizados. Para finalizar a atividade, são distribuídas revistas confeccionadas pelos voluntários, com brincadeiras diversas; quebra-cabeça, labirinto e desenhos para pintar que abordam a história contada.

16.5 Algumas considerações

A humanização da assistência e o acolhimento à criança e sua família integram os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), e se constituem em direitos a serem usufruídos por todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

Os profissionais de saúde, enquanto equipe multiprofissional, que atuam junto à criança no período de hospitalização no intuito de proporcionar a esta uma assistência humanizada, dispõem de ferramentas que permitem experiências “com novos objetos, sensações, atividades e sentimentos não ameaçadores. Desta forma, o brinquedo proporciona a dinâmica de interações sendo sua utilização a articulação entre o tratamento e cura da criança hospitalizada” (FROTA et al., 2007, p. 73).

A utilização da contação de história como estratégia de acolhimento e humanização, transformou a forma de repassar e entender as informações, a promoção do brincar tornou-se instrumento facilitador do processo de adaptação da criança a um novo ambiente, antes desconhecido e temido.

Considera-se até o momento, que este trabalho tem atingido os objetivos propostos. Percebe-se boa aceitação por parte da equipe multiprofissional, da criança e dos familiares que agradeceram formalmente, pois entendem que as orientações recebidas facilitam o processo de adaptação ao ambiente hospitalar e a recuperação dos filhos.

Entendendo-se a relevância do novo formato do “Programa de Orientação Pré-Operatória”, foi elaborado um projeto de pesquisa avaliativa que será implementado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, que envolverá: as crianças, familiares, e os profissionais de saúde que atuam na unidade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério de Saúde, 2003.
- FROTA, A. M. et al. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2007.
- MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 147-154, 2004.
- MOTTA, A. B. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.
- SCHMITZ, S. M.; PICCOLI, M.; VIERA, C. S. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 14-23, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 6 dez. 2010.
- SANTOS, R. M.; CASSAPULA, R. L.; HELLBERGER, T. M. S. Programa de orientação pré-operatória em cirurgia pediátrica: relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 61-65, jan./jun. 2000.
- SOUZA, A. P. F. S. et al. A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. **Boletim da Saúde.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, jul./dez., p. 21-28, 2005.
- VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Orgs.), **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003.

17

**A humanização
no Conjunto
Hospitalar do Mandaqui
da Secretaria de Estado
da Saúde de São Paulo:
da teoria à prática**

Vera Lúcia Patrezze¹

17.1 Introdução

O Hospital do Mandaqui foi inaugurado em 1º de dezembro de 1938, inicialmente com 86 leitos destinados ao tratamento de pacientes tuberculosos, chegando a 446 leitos operacionais em 1950. Na segunda fase de sua evolução histórica (1960–1983), houve uma mudança na dinâmica e nos objetivos do hospital, com ampliação dos ambulatórios e instalação de um pronto-socorro, para o atendimento de doenças pulmonares não tuberculosas. Em 1988, o Mandaqui foi transformado em hospital geral, e em 1997 passou a se chamar Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM), iniciando uma nova estrutura organizacional com vistas à maior eficiência.

Localizado na região norte da cidade de São Paulo, em local privilegiado – cercado de área verde, testemunhando sua história – o CHM é um hospital estadual, geral, de administração direta, campo de ensino, referência em traumatologia, e atende uma população de aproximadamente dois milhões e duzentos mil habitantes.

É hospital terciário de referência para a Coordenadoria Regional de Saúde Municipal Norte, e para um conjunto de 85 Unidades Básicas de Saúde, 1 Ambulatório Médico de Especialidade, 5 Unidades de Pronto Atendimento (AMA – Unidade de Assistência Médica Ambulatorial), 3 Pronto-Socorros, 7 Hospitais, 1 Polo de Atenção Intensiva à Saúde Mental, 1 Centro de Referência do Idoso.

Possui uma equipe de 2.408 profissionais, sendo 578 médicos, 128 enfermeiros, 792 auxiliares de enfermagem, e demais profissionais das áreas administrativas. Atualmente, possui 430 leitos, realizando uma média de 1.550 internações mensais, e 32.000 atendimentos de pronto-socorro por mês, sendo 76% adultos e 24% crianças.

O hospital tem implantada a Ouvidoria desde 1998. O usuário passou a ser visto como parte do processo de atendimento, e hoje a ouvidoria é um importante canal de comunicação e de participação, seja através das pesquisas de satisfação ou por meio de informações espontâneas.

17.2 A Humanização no Hospital do Mandaqui

17.2.1 Acolhimento com Classificação de Risco

No ano de 2006, momento em que o Pronto-Socorro Adulto do Mandaqui passava por uma reforma estrutural para melhor atender a sua demanda crescente, o gestor do pronto-socorro e duas enfermeiras participaram da I Oficina de Acolhimento com Classificação de Risco nas Urgências e Emergências, organizada pela Coordenadoria de Recursos Humanos

da SES-SP, em parceria com a Coordenadoria de Serviços de Saúde da SES-SP e a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. A partir dessa oficina, concluíram que a melhor forma de administrar a alta demanda no pronto-socorro não era referenciar os pacientes para outro serviço, mas sim ampliar o acesso através de atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, mantendo a integralidade, a universalidade e a qualidade do cuidado.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) ocorreu em julho de 2007, após reforma na área física, treinamento de enfermeiros e criação de protocolo de classificação próprio, baseado na situação/queixa. A sala do ACCR possui espaço físico e logístico acolhedor, oferece ampla visão do Pronto-Socorro Adulto, privacidade no atendimento e favorece a comunicação dos que esperam pelo atendimento.

Hoje, na chegada do usuário ao hospital, a equipe da recepção preparada para acolher o usuário e seu familiar, conta com um sistema informatizado que permite o preenchimento dos dados pessoais, a identificação com foto, o encaminhamento para a Sala de Acolhimento e Classificação de Risco, e o paciente passa a ser chamado pelo seu nome durante todo o atendimento.

Os primeiros resultados mostraram uma diminuição do tempo de espera, para os casos prioritários, de 6 horas para 20 minutos, e de 6 horas para 2 horas para os casos de menor complexidade, sendo que os casos de emergência continuaram e ser atendidos de imediato. As informações prestadas aos usuários e seus familiares sobre o tempo de espera, o esclarecimento de dúvidas sobre o hospital ou sobre o tratamento a ser realizado levou a uma diminuição das queixas sobre o pronto-socorro na Ouvidoria, que baixaram da média de 18 para 2 por mês.

17.2.2 Visita Técnica Multidisciplinar

O acolhimento e a classificação de risco, realizados por uma equipe de enfermeiros preparados, levou o CHM a garantir a qualidade, a rapidez, e a satisfação do usuário com um atendimento resolutivo e humanizado no seu Pronto-Socorro Adulto. No entanto, uma vez organizado o pronto atendimento, as dificuldades passaram a ser notadas no setor de emergência e de internação do Pronto-Socorro Adulto: superlotação da área interna do pronto-socorro, com pacientes aguardando leitos de internação, exames, transferência para outros serviços.

Assim, foi proposta e implantada a Visita Técnica Multidisciplinar (VTM), que oferece um acompanhamento linear das ações assistenciais, definindo ações e procedimentos necessários e compartilhando, entre a equipe, as informações para cada paciente.

A VTM é realizada diariamente, em cada plantão de 12 horas; o chefe da equipe do plantão, junto com um profissional de cada especialidade médica, o enfermeiro e com o assistente social, realiza um visita leito a leito, fazendo um plano para agilizar os procedimentos a serem realizados com cada paciente, e esclarecendo as dúvidas dos familiares acompanhantes.

Obteve-se neste processo uma uniformidade de informações entre a equipe, maior rapidez na definição das ações e, conseqüentemente, diminuição do tempo médio de permanência do paciente no Pronto-Socorro Adulto, que passou de 2,4 dias para 1,7 dias, otimizando assim a capacidade de internação no próprio pronto-socorro. Observou-se também uma queda das queixas na Ouvidoria em 73%, queixas estas que estavam relacionadas ao desencontro de informações entre os membros da equipe, a dúvidas na conduta médica e a atritos entre médicos e familiares.

A resistência e a dificuldade iniciais em reunir a equipe para a visita técnica estão amplamente superadas, e hoje este dispositivo é reivindicado por todos os que dele participam.

17.3 Clínica ampliada

Com a melhoria do atendimento no Pronto-Socorro Adulto, as dificuldades nas Clínicas de Internação tornaram-se mais visíveis, mostrando a necessidade de intervenções como a implantação da Visita Técnica Multidisciplinar nas demais unidades de internação, e novas ações de humanização em todo o hospital.

Novas propostas de intervenção e melhorias foram surgindo em todo o hospital, por exemplo, o “Familiar Participante”, projeto em que os familiares, durante a internação, são preparados para a alta do paciente. O estresse e os cuidados necessários são trabalhados pela equipe para garantir o sucesso do tratamento pós-internação; no momento da alta hospitalar a saída do paciente foi agilizada, aumentando assim a rotatividade dos leitos.

A integração entre a equipe multidisciplinar trouxe um grande avanço na assistência prestada pelo CHM e hoje existe um nítido direcionamento para implantação da Clínica Ampliada.

17.4 Agendamento escalonado no ambulatório

O Ambulatório de Especialidades criou o Projeto “Adotando uma Prática Humanizada de Acolhimento”, onde as intermináveis filas que começavam a se formar nas primeiras horas da manhã foram substituídas pelo agendamento com hora marcada, com entrega das senhas apenas 15 minutos antes da consulta.

O escalonamento da agenda ambulatorial promoveu uma mudança significativa da cultura tanto dos profissionais como dos usuários, habituados a chegar bem cedo na esperança de serem atendidos primeiro e conseguirem retornar mais depressa às suas atividades. Por isso, para esta reorganização, o Conselho Gestor do Hospital (formado por representantes da comunidade) foi chamado a atuar diretamente, levando para a comunidade informações a respeito das mudanças que iriam ser realizadas. Os gestores do ambulatório conversaram também com todos os profissionais, e no início da implantação organizou-se uma força-tarefa na recepção do ambulatório, para acolher e fornecer todas as explicações necessárias sobre as mudanças.

Com essa prática, passamos a ter as salas de espera mais confortáveis, menos ruidosas, mais acolhedoras; os corredores têm menor circulação de pessoas, e o tempo de permanência do usuário na instituição (excetuando o tempo de atendimento) diminuiu de 2 horas para 30 minutos, com um atendimento mais personalizado.

17.5 Gestão participativa

Em 2009, com o estímulo do curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS – parceria do Hospital Sírio Libanês de São Paulo, Ministério da Saúde, Conass, Conasems e Fundação Dom Cabral – do qual participou a equipe de gestores do CHM, optou-se por implantar a gestão participativa. Hoje o hospital está revisando seu organograma, realizando reuniões periódicas para a implantação de Colegiado de Gestão em todas as Gerências Assistenciais e Administrativas do hospital.

17.6 Outras iniciativas

A integração com a rede básica vem sendo trabalhada desde junho deste ano, em reuniões com representantes da equipe de humanização, o conselho gestor do hospital e representantes dos conselhos de cada unidade básica, inicialmente para o conhecimento das potencialidades de cada serviço e a integração dos mesmos, visando à preparação de encontros com os gestores dos diversos serviços da rede básica.

Em relação à saúde do trabalhador, foi criado um espaço de descanso, com minibiblioteca, no Ambulatório de Especialidades; foram criados um ambulatório de ortopedia, um de oftalmologia e um consultório odontológico para próteses e tratamento dentário, exclusivos para funcionários. Porém, mais importante foi o forte investimento, realizado pela Comissão de Estágios em parceria com a equipe da qualidade e humanização, na formação profissional dos funcionários e em pós-graduação para os que já possuem uma formação acadêmica. A parceria com as universidades para as quais o hospital é campo de estágio permite a formação dos profissionais do hospital, oferece a eles a possibilidade de docência na universidade, acrescentando atividades de ensino àquelas assistenciais, aumentando assim sua realização profissional e seu compromisso com os pacientes e com a instituição.

17.7 Conclusão

Os primeiros dispositivos da Política Nacional de Humanização com os quais trabalhamos foram o Acolhimento com Classificação de Risco, a Visita Aberta, o Direito ao Acompanhante. A cada passo, ao melhorar uma parte do processo de produção de saúde no hospital, outras situações tornavam-se mais visíveis, e outros dispositivos se apresentavam como adequados para aquela situação.

A criação do Escritório de Qualidade e Humanização (EQH) permitiu a consolidação do conceito de humanização e a integração de todas as ações que visam efetivar o atendimento humanizado ao nosso usuário.

O Escritório da Qualidade e Humanização é um espaço físico com uma equipe de profissionais próprios, que tem como objetivos articular os dispositivos de humanização implantados no hospital, direcionar as ações e o controle da qualidade hospitalar, facilitar a integração entre as equipes e ser referência para cursos, aprimoramentos, congressos e seminários.

Assim, aos poucos o Escritório de Qualidade e Humanização, instalado ao lado da Ouvidoria, tornou-se um espaço de referência para todos os profissionais que queiram fazer sugestões de aprimoramento do serviço ou de sua própria formação.

Além disso, o hospital recebe profissionais de diversas instituições do Estado de São Paulo e de outros estados, para, através de rodas de conversas, visitas e troca de experiências, mostrar como é possível rever os processos internos de trabalho e prestar uma assistência humanizada e de qualidade para todos que procuram o serviço público, oferecendo, desta forma, melhor qualidade de vida a toda população.

18a

Mário Gatti: quando bons encontros produzem mais e melhor saúde



18a.1 - Investindo no Acolhimento, Gestão Participativa e Valorização do Trabalhador, Hospital Municipal de Campinas (SP) tornou-se referência nacional em humanização.



Figura 7 - O Acolhimento com Classificação de Risco organiza melhor o serviço e possibilita que a rede de saúde utilize da melhor forma a estrutura do hospital.

Campinas é uma cidade marcada por encontros. Cortada por algumas das mais importantes rodovias do Estado de São Paulo, a cidade está situada num dos principais entroncamentos rodoviários do Brasil, o que explica em parte o seu desenvolvimento econômico: com um PIB per capita na faixa dos R\$ 26 mil, é considerada o décimo município mais rico do país, detendo, sozinha, cerca de 1% de toda a riqueza produzida em território brasileiro. Terceira cidade mais populosa de São Paulo, Campinas é também uma espécie de tronco comum na área do conhecimento: segundo dados de 2005, sai das universidades e centros de pesquisa campineiros nada menos que 10% da produção científica nacional.

Pois foi apostando na criação de bons encontros que um dos principais hospitais públicos de Campinas começou a se tornar, nos primeiros

anos desta década, uma referência nacional em humanização da saúde. Fundado em 1974 num prédio que até então abrigava uma biblioteca pública, o Hospital Municipal Mário Gatti (HMMG) é prova de que o Sistema Único de Saúde é capaz de fazer brotar, muitas vezes da precariedade, soluções inteligentes para a produção de saúde de forma resolutiva, democrática e solidária.

O processo começou em 2001 quando, antes mesmo que a Política Nacional de Humanização fosse criada pelo Ministério da Saúde, a diretoria do Mário Gatti decidiu investir na implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no setor de urgência e emergência do hospital. O serviço é a principal porta de entrada da região e atende em média 600 pacientes por dia – 60% deles poderiam ser atendidos na Atenção Básica.

A exemplo do que a PNH vem implementando em diversos hospitais Brasil afora, o Mário Gatti trabalha desde então com a classificação dos usuários que acorrem à unidade por grau de risco, sendo cada caso encaminhado para uma das quatro áreas identificadas por cores – Área Vermelha, Área Amarela, Área Verde, Área Azul – a depender da gravidade. A mudança, explicam os profissionais que atuam na unidade, ajudou a qualificar o encontro dos usuários com o serviço. “O Acolhimento com Classificação de Risco tem permitido que

a gente organize melhor o serviço e que a rede utilize da melhor forma a estrutura do hospital”, explica a gerente do Pronto-Socorro Adulto, Rosa Maria Zanvettor.

Outra ferramenta utilizada pela Política Nacional de Humanização que o Mário Gatti emprega desde 2001 é o Direito a Acompanhante: a visita de parentes e amigos dos pacientes internados é aberta em todas as unidades do hospital. Medida que, segundo os gestores e trabalhadores do HMMG, tem contribuído para o progresso dos tratamentos e a corresponsabilização entre pacientes, sua rede social e os profissionais de saúde.

A depender do caso, a presença de acompanhantes é permitida até mesmo na Unidade de Tratamento Intensivo, onde é possível encontrar outro exemplo de como a criação de um encontro tem colaborado para produzir saúde numa perspectiva humanizada: ao ingressar na unidade, pacientes e seus acompanhantes são acolhidos por uma equipe de psicólogos e assistentes sociais que esclarecem sobre o que é UTI, dúvidas sobre procedimentos, horários de visita, como obter informações sobre o paciente e outras questões. Equipes semelhantes atuam em outros setores do hospital.

“O paciente já chega na UTI achando que vai morrer, o que é errado, porque quando ele chega aqui ele tem condição de sobrevivida. O acolhimento tira esse tabu”, explica a enfermeira Maria Eliza Zambotti, diretora da unidade. Ela explica que, além do acolhimento e direito a acompanhante, a satisfação dos profissionais que trabalham na UTI Adulto é determinante para a qualidade do serviço oferecido. “Nosso trabalho é importante, exige agilidade, concentração, trabalho em equipe. Os profissionais precisam se comunicar. No Mário Gatti temos este ambiente de diálogo e uma maior liberdade de trabalho”, explica a auxiliar de enfermagem Andréa Ferreira, que trabalha no HMMG há oito anos.

O ambiente de trabalho ao qual Andréa se refere não é obra do acaso, mas resultado de uma política de valorização do trabalhador e de gestão participativa que o Mário Gatti adotou como diretriz. Com 1.700 funcionários, o hospital conta com um Grupo de Trabalho de Humanização aberto à participação de trabalhadores e gestores, no qual são discutidas questões relativas ao processo de trabalho. Conta ainda com um Colegiado Gestor que reúne todos os diretores, coordenadores e gerentes, e com colegiados por Unidade de Produção.

“É uma forma de legitimar o trabalho dentro da instituição e de pactuação permanente gestor-trabalhador”, explica a gerente de Desenvolvimento de Pessoas do HMMG, Sandra Romano. Sandra conta que o Mário Gatti optou por uma organização horizontal do trabalho, que é dividido por linhas de cuidado – e não por categorias profissionais – em quatro eixos: cuidado pediátrico, cuidado clínico, cuidado cirúrgico e apoio assistencial.

“Apostamos que a gestão participativa potencializa a quebra da lógica do ‘você manda e

eu obedeço', e nosso processo de trabalho teve que se adequar para dar conta desse modelo horizontalizado”, explica a gerente, que destaca o apoio aos processos de trabalho de cada área como uma das principais tarefas das apoiadoras que atuam no Desenvolvimento de Pessoas. Tarefa que, segundo Sandra, pressupõe a criação de bons encontros entre trabalhadores, assim como entre estes e os gestores.

“Somos todos educadores, em tempo integral”, resume. “Promovemos discussões de caso quando necessário e buscamos a pactuação em caso de conflito. O apoio fortalece o vínculo com o gerente e a gestão participativa, mas acima de tudo é uma forma de educação permanente, na qual os trabalhadores estão sempre se preparando para trabalhar neste modelo que o Mário Gatti se propõe”.

A política de valorização transparece também no setor de Administração de Pessoal, onde o tradicional balcão de atendimento foi substituído por uma recepção mais acolhedora, na qual a privacidade dos trabalhadores do hospital é respeitada e há suporte psicológico quando necessário. E se manifesta ainda na Unidade de Saúde do Trabalhador(UST) do Mário Gatti, setor responsável pela segurança e medicina do trabalho.

Com uma equipe composta por médicos, auxiliares de enfermagem, técnicos de segurança do trabalho e ergonomista, mais equipe de apoio composta por psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, o serviço vai muito além da tradicional realização de exames periódicos e admissionais.

À frente da UST há um ano, a psicóloga Sandra Principi explica que a unidade se organiza por equipes de referência para atender às Unidades de Produção do hospital e que sua atuação tem como foco o aprimoramento dos processos de trabalho que contemplem relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional e intersetorial. Cada caso recebido, dessa forma, é discutido com a equipe de apoio da área à qual o trabalhador está ligado.

“O que faz o trabalhador adoecer é diferente em cada área, então o diagnóstico é por caso e ligado ao ambiente”, explica a gerente. “Muitas vezes, um pedido de licença médica funciona como um ‘escudo’ do trabalhador em relação ao gestor. Mas o trabalhador é o principal interessado na sua saúde e a UST procura levar a pessoa a ver sua potência e dialogar com o gestor”.

Além deste trabalho, a Unidade de Saúde do Trabalhador promove oficinas, a exemplo da que foi realizada com a equipe do setor de Oncologia do Mário Gatti nos meses de novembro e dezembro de 2009. “Havia um foco na recepção e a oficina levou o grupo a se olhar para dentro. O grupo viu que o trabalho de conversa é necessário. As oficinas permitem que o trabalhador veja o trabalho de forma diferente”, explica.

A produção de encontros e diálogos que marca o movimento de humanização do Mário

Gatti encontra outro exemplo na Ouvidoria do hospital, que existe desde 2001 e faz parte da política de gestão participativa do hospital. Utilizando as caixas de sugestão espalhadas na recepção, no pronto-socorro e em outras unidades do hospital ou ainda através de cartas, e-mail, número de telefone específico e mesmo pessoalmente, os usuários do Mário Gatti têm a possibilidade de registrar suas impressões sobre o serviço do hospital com a garantia de que suas críticas, sugestões ou elogios não ficarão apenas no mero registro.



Figura 8 - Atividade da Unidade de Saúde do Trabalhador(UST), setor responsável pela segurança e medicina do trabalho, da melhor forma a estrutura do hospital.

Espaço de escuta qualificada, a ouvidoria do Mário Gatti procura favorecer relações de envolvimento entre os usuários e as equipes de saúde, utilizando os dados coletados como indicadores da qualidade do atendimento e como instrumento gerencial. “Nosso trabalho vai muito além de registrar a queixa: o que a Ouvidoria recebe e registra direciona o processo de trabalho. Procuramos contribuir para uma reflexão que possibilite às equipes conter a pressa do dia a dia e entender o conteúdo de cada solicitação como um dispositivo que nos leve a indagar sobre a necessidade de rever nossos processos de trabalho, de reavaliarmos nossas relações interpessoais na equipe e com os usuários”, garante a ouvidora Elaine Garibaldi, servidora do Mário Gatti há 18 anos.

Segundo Elaine, o atendimento da Ouvidoria é focado na resolutividade. “Tentamos resolver os casos no momento; quando não é possível, cada caso é encaminhado para outras unidades. Às vezes a resposta não contempla o questionamento do usuário. Nestes casos, procuramos outra resposta ou até a conversa com ele. O trabalho da ouvidoria é proativo”, explica. Apenas em 2009, foram realizados 293.384 atendimentos.

Dialogando com o trabalho de apoio realizado nas Unidades de Produção do Mário Gatti, a Ouvidoria alimenta as rodas de conversa com os casos recebidos, onde eles são discutidos e enfrentados a partir de soluções construídas coletivamente. Um bom exemplo de como a Ouvidoria pode transformar o serviço foi o caso de um paciente atendido no setor de Ortopedia que teve seu retorno marcado para dali a seis meses e questionou o tempo de espera devido à gravidade do seu quadro.

“A discussão coletiva do caso levou à formulação da proposta de um Sistema Interno de Regulação de Vagas, através do qual o hospital entra em contato com pacientes em espera por cirurgia para avaliar o risco de cada caso e definir aqueles que precisam da cirurgia com maior urgência”, explica Elaine. O projeto-piloto do sistema está em

experimentação desde novembro de 2009. A “apropriação” da Ouvidoria pelo Grupo de Trabalho de Humanização do Mário Gatti, explica Elaine, garante que o serviço tenha esse caráter indutor da construção de soluções coletivas de gestão, mesmo que muitas vezes alguns gestores tenham posição defensiva.

Diante do desafio de ampliar o estreitamento entre o hospital e a rede SUS local, o Setor de Informação do Mário Gatti criou em 2006 mais uma possibilidade de produção de conversas. Utilizando um sistema de prontuários eletrônicos, o HMMG disponibiliza via web informações sobre pacientes que tiveram alta, tornando possível que eles continuem a ser acompanhados na rede SUS local. O sistema de alta referenciada do hospital é considerado modelo.

“O objetivo é compartilhar a informação existente sobre cada paciente para dar continuidade ao cuidado e colaborar na construção de redes. A ideia é que os profissionais que vão atender ao paciente na rede possam conhecer o que aconteceu com ele no hospital. Todas as pessoas envolvidas no cuidado podem colocar informações para descrever cuidados utilizados no paciente, para orientar cuidado na Atenção Básica”, explica o médico João Antunes, responsável pelo setor. Segundo ele, uma nova ferramenta em elaboração vai permitir também que as equipes do Mário Gatti possam visualizar via web, através de uma senha particular, onde o paciente está sendo tratado no momento.

Tanto investimento na produção de bons diálogos e encontros tem garantido ao Mário Gatti a credibilidade daqueles que são atendidos no hospital, manifesta em visitas já costumeiras de pacientes que tiveram alta às equipes de cuidadores, assim como em cartas como a escrita pelo usuário Márcio Almeida aos profissionais que em mais de uma oportunidade o acolheram na enfermaria do HMMG. Internado mais uma vez no hospital, o usuário garante: “Eu me surpreendi com a qualidade do atendimento que recebi aqui, com a atenção da equipe que me cuidou. Já passei por hospitais privados, mas em nenhum achei a equipe tão boa como a do Mário Gatti”.

18b

no HU

de Dourados,

todo dia é

dia de índio



18b.1 - Hospital universitário da segunda maior cidade do Mato Grosso do Sul utiliza intérprete para acolher as singularidades das questões de saúde indígena.

“Apy nde nhante porá”. Incompreensível para qualquer leigo no idioma guarani, a frase afixada na entrada principal do Hospital Universitário de Dourados é bem entendida pela maior parte dos usuários que acorrem à unidade: “Aqui você será bem cuidado”.

Ligado à Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e em atividade desde 2005, o hospital abriu suas portas com o desafio principal de fazer frente à alta taxa de mortalidade infantil indígena que a região registrava na época: 141 óbitos para cada mil nascidos – bem acima da média nacional de 24 por mil.

Com cerca de 54 mil habitantes de ascendência ameríndia recenseados (IBGE/2008), o Mato Grosso do Sul possui, de acordo com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a segunda maior população indígena do país. Em Dourados, segundo município mais populoso do estado, esta população se concentra principalmente numa reserva de 3.475 hectares onde vivem cerca de 12 mil índios das etnias Guarani-Kaiowá e Terena.

Principal hospital do município, o HU era até 2007 administrado pela Fundação Municipal de Saúde de Dourados, sendo assumido em 2008 pela UFGD. Como parte da transferência, foi realizado em 2009 um concurso para a contratação de servidores efetivos que vão substituir cerca de 95% dos 539 funcionários que trabalham hoje no hospital.

A situação transitória que o hospital vive desde sua abertura não impediu, entretanto, que a equipe buscasse formas de abordar a saúde da população indígena em sua singularidade. “Desde o início, sentimos a necessidade de pensar em estratégias de acolhimento aos usuários indígenas”, explica Elenita Sureke, psicóloga que coordena a ouvidoria do HU.

Apoiadora da Política Nacional de Humanização, Elenita conta que a principal dessas estratégias nasceu de uma necessidade básica: entender e se fazer entender pelos usuários indígenas que recorrem aos serviços do hospital, já que grande parte deles não fala português. Necessidade que já havia sido identificada também pelo Conselho de Saúde Indígena da região.

“O índio chegava ao hospital e esperava que alguém viesse buscá-lo, porque ele entendia que o médico vinha buscar. Muitas vezes, voltava para casa sem ser atendido”, conta Sílvio Ortiz, que atua como intérprete no polo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) de Dourados.

Sílvio é indígena da etnia Kaiowá e nasceu no município vizinho de Douradina. Tem 42 anos e fala português desde os 12. Formou-se Técnico de Enfermagem em 1994 através de curso oferecido pela missão evangélica Kaiowá, que atua no interior da Reserva Indígena

de Dourados, e acabou de concluir também o curso de Enfermagem.

Na UTI pediátrica do HU, que conta com 11 leitos e uma média de 70% de pacientes indígenas, o trabalho realizado por Sílvio é apontado como essencial. “Ele nos dá a possibilidade de levantar o histórico e saber as necessidades reais de cada paciente. Isso é especialmente importante na UTI, onde o diagnóstico é mais complicado”, explica o médico Pedro Baruki, que atua na unidade. Segundo Baruki, a maior parte dos casos que chegam à UTI pediátrica envolve crianças desidratadas, desnutridas, com diarreia, pneumonia ou tuberculose.

“Além da dificuldade da própria doença, existe dificuldade em conduzir o tratamento”, explica o médico. “As crianças chegam muito mal, às vezes em situações irreversíveis, porque a população indígena tem menos acesso à informação e maior dificuldade de acesso a serviços básicos de saúde. Reverter quadros assim envolve o trabalho de uma equipe multidisciplinar composta por nutricionistas, psicólogos e outros profissionais, e requer entender o aspecto social”, avalia Baruki.

Mais do que a simples tradução, o trabalho de Sílvio funciona como uma interlocução entre culturas que torna possível a produção de saúde. Explicar tratamentos e dar suporte à equipe do hospital durante intercorrências de pacientes indígenas estão entre as ações que ele realiza no dia a dia. “Muitas vezes venho fora do horário de trabalho conversar com pacientes”, conta.

A atuação de Sílvio é decisiva, por exemplo, para salvar vidas de crianças indígenas que acabam abandonadas pelos pais no hospital por razões culturais. “O índio entende que quando a criança adquire uma doença grave, o espírito da morte já veio buscar ela, então não vale a pena trazer a criança do hospital para casa”, explica. “Para reverter isso e convencer o índio a cuidar da criança, eu tenho que usar esse conhecimento da minha cultura”.

A técnica de enfermagem Eronice Ksiaszkiewicz, que atua na enfermagem pediátrica do HU, confirma a ocorrência deste e de outros problemas. “A maioria das crianças que tratamos aqui tem tuberculose e nós enfrentamos muita dificuldade em dar seguimento para os tratamentos, porque muitas vezes as orientações não são seguidas. A taxa de reinternação aqui é muito alta”, relata.



Figura 9 - A atuação de Sílvio é decisiva, por exemplo, para salvar vidas de crianças indígenas abandonadas pelos pais no hospital por razões culturais.

Dificuldades semelhantes são enfrentadas no tratamento de pacientes adultos de origem indígena. “O índio tem entendimento de que vem morrer no hospital”, explica Ernesto Luppinetto, médico da UTI adulto, que lista as principais causas de internação na unidade: tuberculose, cirrose, acidente por arma branca e traumatismo cranioencefálico. Mais uma vez a desnutrição, somada a questões sociais marcantes na Reserva Indígena de Dourados, como violência e alcoolismo, ajudam a explicar os problemas de saúde que afetam os índios da região.

Para dar conta das especificidades culturais e sociais desta população, o Hospital Universitário de Dourados trabalha em articulação com o Hospital da Missão Kaiowá, que atua dentro da reserva, e da Casa de Saúde Indígena (Casai) do município, mantida pela Funasa. Desde 2008, o HU conta ainda com uma residência multidisciplinar que prepara alunos de Psicologia, Enfermagem e Nutrição para trabalhar com saúde de populações indígenas.

A nutrição foi, aliás, um dos aspectos sobre os quais o HU de Dourados precisou se debruçar para dar conta das especificidades dos usuários de origem indígena. Procurando se adequar aos costumes alimentares desta população, a equipe de nutrição do hospital introduziu no cardápio alimentos como mandioca, milho e abóbora, além de adaptar pratos como a sopa, que costumava ser rejeitada pelos índios.

“Temos que lembrar também que o índio não tem relógio biológico ‘normal’, não tem horários fixos para comer”, destaca o intérprete Sílvio, que chama atenção para o desafio, ainda a ser enfrentado pelo HU, de adaptar também sua ambiência para atender a este público: “O hospital não tem um ambiente adequado para o indígena”.

Premiado na 1ª Mostra Nacional de Saúde Indígena por seu trabalho, Sílvio, que já participou como convidado de encontros relacionados à saúde indígena no Equador e no Canadá e se prepara para embarcar para a Áustria, onde participará de mais um evento sobre o tema, conta que seu objetivo é assegurar o cumprimento integral dos princípios do SUS para a população indígena.

“Um povo você não mata só com a bala, mas também tirando seus valores. Esses valores continuam a ser tirados dos indígenas à força, e a saúde não pode reproduzir isso. Minha expectativa é que os indígenas comecem a se integrar na saúde pública, atuando no controle social para garantir o acolhimento a suas questões de saúde não só na aldeia, mas em toda a rede SUS”.

18c

Protagonismo desde o berço



18c.1 - Acolhimento, vínculo, equipe multiprofissional, responsabilização entre usuários e profissionais de saúde e a receita do Hospital Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, referência nacional em gestações de alto risco.

“Quando eu vou poder cortar a unha do meu bebê?” A pergunta singela de uma mãe de primeira viagem poderia ser ignorada solenemente em meio ao corre-corre de uma maternidade de alto risco comum. Muito mais provável: nem chegaria a ser feita.

Numa manhã cotidiana na principal maternidade de alto risco do Maranhão, a pergunta foi feita. E não apenas feita, mas ouvida e respondida por uma equipe composta por médica, enfermeira, terapeuta ocupacional e outros profissionais de saúde. É assim que trabalha o Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), referência regional em atendimento a gestações de alto risco.

Uma vez por semana, mães que tiveram seus filhos no hospital, acompanhadas de seus companheiros, têm a oportunidade de participar de reuniões coletivas onde é possível esclarecer dúvidas de todos os tipos sobre o cuidado e a saúde de seus bebês. Grande parte delas mal deixou a adolescência.

“A gente tenta sair do tecnicismo e explicar à família sobre as demandas trazidas em uma linguagem o mais simples possível. Às vezes a preocupação da família é bem diferente da nossa, mas qualquer manifestação, crítica ou insatisfação é sempre acolhida e recebe o encaminhamento adequado”, explica Marynéa Valle, chefe do serviço de Neonatologia do HU-UFMA.

A realização dos encontros não é a única ação de acolhimento que o hospital desenvolve, mas apenas parte de uma política de humanização que vem sendo desenvolvida pelo HU nos últimos 15 anos e se manifesta em várias frentes antes, durante e após o nascimento.

O trabalho começa no pré-natal, quando as futuras mães – incluindo gestantes com obesidade mórbida e cadeirantes, atendidas por um pré-natal especializado desde 2004 – são informadas de que têm direito a visitas no alojamento comum antes do parto, além de acompanhante durante o parto e o puerpério. Para dar conta dessa oferta, foi criado em 2007 o Núcleo de Atenção aos Casais Grávidos, que conta com uma psicóloga e uma assistente social de plantão.

Assim que a paciente é admitida no hospital, que destina 100% dos seus leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde, é encaminhada para o Núcleo e opta pelo acompanhante. Numa conversa com a psicóloga, é explicado sobre o papel de quem acompanha a gestante e proibições como fumar e fazer uso de telefone celular ou máquinas fotográficas.

“Para nossa surpresa, apesar do nome do Núcleo a maioria das mães escolhe como acompanhante a mãe, avó ou outra mulher de sua rede social”, explica a psicóloga Marisa Rabelo, que coordena a iniciativa.

Em atividade desde agosto de 2008 e pioneiro no Maranhão, o Núcleo de Atenção aos Pais Grávidos, no momento da realização desta reportagem, já havia acolhido mais de 3.400 acompanhantes. “A presença do acompanhante só vem ajudar, porque deixa a paciente mais segura, confortável, dá mais apoio. A comunicação médico-família também melhorou muito. No início os médicos tiveram receio, mas hoje eles é que pedem”, garante a coordenadora.

Fundado em 1985, o Hospital Materno Infantil da UFMA também foi pioneiro e tornou-se, na última década, referência no chamado “Método Canguru”, conjunto de cuidados técnicos humanizados ao recém-nascido de baixo peso. A primeira etapa do método acontece ainda na UTI Neonatal do HU-UFMA, ela mesma um exemplo de atenção humanizada aos bebês provenientes de gestações de alto risco.

Ainda nos alojamentos conjuntos, são realizadas visitas diárias com o suporte de psicólogos e assistentes sociais, nas quais são identificados casos de alto risco. Durante as visitas, cada mãe é informada sobre a situação de seu bebê, inclusive se ele precisará ser encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva – o que acontece a cerca de 10% dos recém-nascidos. Caso deseje, a mãe pode fazer uma visita prévia à UTI Neonatal.

Na Unidade de Terapia Intensiva, mães e pais têm acesso livre permanente. É o que testemunha Jamily Costa, 23 anos, que deu à luz prematuramente aos seis meses de uma gestação complicada: “O melhor daqui é o acesso que a gente tem, porque nem a mãe nem o filho sofrem com a distância. Percebo que o bebê sente a minha presença”, diz.

Outros parentes da criança também têm direito a visita garantido. Irmãos dos bebês internados recebem um cuidado especial, com acompanhamento psicológico durante os primeiros contatos com os bebês. A chamada “Visita dos Irmãos” é realizada semanalmente desde 1998 e coordenada pela psicóloga Conceição Furtado.

“A visita é dividida em três momentos”, explica Conceição. “Primeiro fazemos o acolhimento, com escuta e conversa sobre as expectativas do irmão em relação à visita. A intenção é fortalecer os laços e preparar a criança, já que muitas vezes os pais não estão prontos para mostrar o bebê ao filho. Depois fazemos a visita acompanhada e, ao final, a criança é convidada a registrar a experiência em desenhos”.

Os avós dos bebês também recebem um tratamento diferenciado, com um dia na semana reservado para visitar seus netos e conversar sobre a experiência. Tios, padrinhos e outros

personagens da rede familiar da criança também são envolvidos no processo e os próprios pais têm a oportunidade de participar, toda quinta-feira, de um Grupo de Verbalização onde suas experiências e angústias são compartilhadas.

“Costumo dizer que não é psicoterapia de grupo, mas grupos terapêuticos”, explica a psicóloga. “Nosso principal objetivo é possibilitar a toda a família elaborar sua recepção ao bebê que chega, um bebê que chega num estado mais frágil e vai exigir maiores cuidados”.



Estratégia semelhante é utilizada com os próprios profissionais do hospital através do programa Cuidando do Cuidador, que também é coordenado pela psicóloga e reúne a equipe nas manhãs de terça-feira para a realização de discussões sobre situações enfrentadas no cotidiano a partir de uma bibliografia selecionada sobre o

tema. “É uma oportunidade para que os trabalhadores compartilhem casos, histórias que precisam ser contadas”, resume Conceição.

Além da promoção de diálogos entre profissionais de saúde, pacientes e sua rede social, a estrutura física do serviço de Neonatologia colabora para a composição de um ambiente acolhedor. Mais do que um espaço estritamente curativo, ele é compreendido como um lugar de convivência.

Áreas de internação com climatização e iluminação individualizadas por paciente, sala de atendimento à família, sala de atividades, vestiário e solário integram a ambiência da unidade, planejada para aproveitar ao máximo a luz natural e reduzir ruídos, além de tornar confortável a estada de pacientes e acompanhantes.

Enquanto está na incubadora, cada bebê recebe visitas multidisciplinares diárias que avaliam o progresso do tratamento. Caso já tenha condições de deixar a UTI, o passo seguinte é encaminhar o bebê e sua mãe para a vizinha “Unidade Canguru”. Mas antes, avalia-se ainda se o bebê possui uma rede social preparada para ingressar nesta etapa.

“Muitas vezes a criança possui uma característica clínica que indica que ela poderia ir para a Unidade Canguru, mas não possui uma característica social, porque um conjunto de questões sociais inviabiliza transferência”, explica a chefe do serviço de Neonatologia. Em casos assim, o hospital busca parcerias com a rede de apoio familiar ou junto ao Conselho

Figura 10 - Unidade Canguru ensina a mãe a cuidar de seu bebê e favorece a criação de vínculo.

Tutelar. Quando a dificuldade identificada é de ordem emocional, é indicado o acompanhamento de psicólogos e assistentes sociais.

A função primordial da Unidade Canguru, explica Marynéa, é ensinar a mãe a cuidar de seu bebê e favorecer a criação de vínculo. “Lá dentro tem uma equipe voltada para que esta mãe se sinta segura. Esta equipe prepara a mãe para cuidar, saber identificar se o bebê vai precisar de alguma intervenção ou pode seguir adiante”. Pediatras, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros profissionais são mobilizados para atingir este objetivo.

Na Unidade Mãe-Bebê, como também é chamada esta área do serviço de Neonatologia do HU-UFMA, os pais são incentivados a utilizar a “posição canguru” – com o bebê em posição vertical junto ao peito do adulto, em contato pele a pele – pelo maior tempo possível, como forma de fortalecer o vínculo afetivo entre os pais e o bebê.

A utilização de técnicas como a cadeira de balanço e a rede no berço – iniciativa que utiliza um hábito da cultura maranhense como recurso terapêutico e de estímulo sensorial –, também está entre as estratégias empregadas na etapa Mãe-Bebê. O aleitamento materno, estimulado desde o pré-natal, é intensificado nesta fase.

Com o suporte da equipe, cada mãe vai aos poucos assumindo as atividades ligadas à higiene e nutrição de seu bebê. Mulheres que já passaram pela Unidade Canguru visitam as mães internadas e auxiliam no processo. “O retorno das mães é motivo de orgulho para quem vem visitar e de esperança para quem está aqui”, diz a enfermeira Francisca da Silva Souza, responsável pela Unidade Canguru.

Quando a mãe adquire a segurança necessária para se responsabilizar pelo cuidado integral do recém-nascido, a família ganha alta. Mas o trabalho do HU Materno Infantil da UFMA não acaba aí. Com um Ambulatório de Seguimento especializado, o hospital acompanha o desenvolvimento das crianças que passaram pelo serviço de Neonatologia até os 7 anos de idade.

O chamado “follow-up” começa uma semana após o bebê ir para casa, quando mãe e filho retornam ao hospital para uma consulta coletiva. É em roda, numa conversa oral com uma equipe multidisciplinar, em que são trocadas experiências e feitas perguntas que versam sobre preocupações que vão desde questões relacionadas aos sinais vitais do bebê quanto a dúvidas aparentemente prosaicas (“Quando vou poder cortar a unha?”).

Com uma equipe formada por quatro pediatras, duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta familiar e uma terapeuta ocupacional, o serviço permanece acompanhando cada bebê com frequência semanal ou quinzenal até que a criança atinja 2,5kg de peso. A partir daí, as visitas se tornam mensais até que o bebê complete um ano, quando então se tornam trimestrais e prosseguem até os 7 anos.

“As crianças que saem são agendadas pela pediatra ou enfermeira no momento da alta para retornar ao serviço”, explica a pediatra neonatologista Roberta Borges, que coordena o

Ambulatório. “Temos também um sistema de busca ativa através do qual as assistentes sociais e enfermeiras vão atrás das crianças via telefone ou mesmo visita, para conhecer a realidade local”.

A avaliação do desenvolvimento motor das crianças provenientes de gestações de risco, de acordo com Roberta, é a principal preocupação no primeiro ano de vida. Avaliações neurocomportamentais e cognitivas também são realizadas, especialmente a partir do período escolar, quando possíveis sequelas e dificuldades de aprendizagem são identificadas. “Quando um caso requer internação, encaminhamos a criança para serviços especializados”, diz a pediatra.

A assistente social Christiane Nogueira atua no Ambulatório de Seguimento há cinco anos. Entre outras demandas, visitas domiciliares e às escolas onde as crianças acompanhadas estudam fazem parte do seu trabalho. Ela explica que, para além de avaliar as condições de saúde em si, os profissionais envolvidos no follow-up buscam compreender o contexto no qual cada criança está inserida.

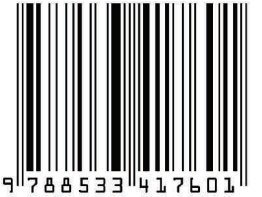
“Temos uma equipe diversificada para tentar entender a criança como um todo. A gente cuida da criança no hospital, mas os problemas têm que ser resolvidos na comunidade. Aspectos como a situação conjugal e socioeconômica que envolvem a criança interferem na saúde dela. Além da criança, cuidamos da família”.

Seguindo esta diretriz, o HU Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão obteve o reconhecimento regional e nacional por seu trabalho, sendo premiado como Hospital Amigo da Criança, reconhecido pelo Ministério da Saúde como hospital de referência para atendimento à gestante de alto risco desde 1999 e desde 2003 em Método Canguru, atuando como centro de capacitação nesta área. Também já recebeu prêmios relacionados à Qualidade Hospitalar e ao incentivo ao aleitamento materno e, em 2008, recebeu a certificação ISO 2001.

Em grande parte, as mudanças no padrão de assistência ao usuário já conquistadas pelo Hospital Universitário Materno Infantil da UFMA podem ser creditadas ao trabalho do Núcleo de Humanização do HU, criado em 2004 com o objetivo de agregar e potencializar ações de humanização de forma integrada.

Uma das idealizadoras da concepção de cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso do HU-UFMA, a neonatologista Zeni Lamy revela o “segredo” da experiência bem-sucedida do HU: “Trabalhamos por linha de cuidado, sem perder o vínculo. Investimos na saúde ocupacional e educação continuada dos cuidadores. E o principal: buscamos garantir que a criança tenha uma família de fato”, resume.

ISBN 978-85-334-1760-1



Ouvidoria do SUS
136

Biblioteca Virtual em saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

