

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

SARITA BARBOSA SANCHES PEREIRA

**TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE
DO CUIDADO EM UM CENÁRIO HOSPITALAR**

Santos

2015

SARITA BARBOSA SANCHES PEREIRA

TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENÁRIO HOSPITALAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Ângela Aparecida Capozzolo

Santos

2015

P4361t

Pereira, Sarita Barbosa Sanches

Trabalho em equipe e integralidade do cuidado em um cenário hospitalar / Sarita Barbosa Sanches Pereira ; Orientador: Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo – Santos, 2015. 96 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2015.

1. Integralidade em saúde. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Assistência hospitalar. 4. Assistência integral à saúde. I. Capozzolo, Ângela Aparecida, Orientador. II. Título.

Dedico este trabalho a todos aqueles que em algum momento da vida se tornam pacientes necessitando de cuidados integrais.

Aos meus pais, Julio e Audiva, exemplos de vida plena; meu querido esposo Átila e aos meus amados filhos, Marina e Elias, juntos representam meu ninho acolhedor e apoiador de minhas empreitadas no mundo do conhecimento e dos saberes.

“A experiência, e não a verdade, é que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever, é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo.” Larrosa

Cuidado

(Um Paciente)

*E quando menos esperado
necessitas de cuidado,
o corpo adocece, a mente esquece,
e quem antes era dono de si,
já não mais é assim.*

*A dor invade o peito
e perguntas: "Doutor, tem jeito?"
E o cuidado que tanto necessitas
pode não estar à vista.
Pois nem tudo é questão de remédio,
e, às vezes, é o simples cuidado que transforma o sorriso em remédio.*

*Desejo ser, para você, cuidado
como todo carinho, dedicado.
Sei que talvez não tenha a cura
para o que na alma vai, amargura.
E, junto com quem também ama cuidar,
espero do seu corpo tratar,
esse é o meu dedicar.*

*Cuidado que se faz com cuidado,
com palavras e gestos delicados,
pois o que sofre já se sente apequenado
e qualquer coisa motivo é de enfado.
Espero ter de você cuidado,
pra isso vivo e sou vocacionado.*

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

Ao concluir esta dissertação é impossível não relembrar todo o difícil caminho percorrido. Muitos desafios enfrentados. Conciliar todas as atividades da vida. Dedicar-se a cada uma delas na medida certa. Abrir-se aos pensamentos. Inquietações geraram reflexões e questionamentos. Nem sempre obtive respostas, mas mobilizaram sentimentos e produziram aprendizado. Os dois últimos anos foram intensos vivenciando novidades, mudanças e transformações, principalmente no trabalho. Muitas vezes o desânimo sobreveio, mas muitos me ajudaram incentivando a prosseguir.

Agradeço assim, a todos que contribuíram das mais variadas formas para a conclusão desta tarefa árdua.

A Deus, autor da vida e exemplo maior de Cuidador, quando nos vê de maneira integral, graciosamente nos ama, se interessa e cuida de cada um de nós de maneira singular.

À família, meus pais, esposo e filhos, compreensivos em meus momentos de reclusão para a reflexão e escrita e na leitura e correção final do texto antes da impressão.

À professora Ângela Aparecida Capozzolo, orientadora e incentivadora de muitos questionamentos. Enquanto eu buscava respostas, ela provocava perguntas. Paciente, amável, compreensiva e competente, mesmo à distância, acreditou que era possível a conclusão desta dissertação.

Aos professores Rosilda Mendes e Sidnei José Casetto, cuidadosos e prestativos enriqueceram este trabalho com comentários valiosos na interlocução de pesquisa.

À amiga Patrícia Poletto, boa ouvinte de meus lamentos e angústias, me socorreu em vários momentos durante o percurso.

À amiga Nataniele Bohn, mais que enxugar minhas lágrimas me acolheu desafiando-me a chorar mais e sempre agir por aquilo que acreditamos.

Aos vários profissionais, colegas de trabalho da Santa Casa de Santos, que compartilharam suas reflexões e inquietações em comum no mundo do trabalho em saúde neste ambiente tão duro que é o hospital, demonstrando persistência e esperança de dias melhores.

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa visa compreender e analisar como ocorre o trabalho em equipe de uma unidade hospitalar na perspectiva de um atendimento integral. A opção foi por um estudo de caso, exploratório, qualitativo, cuja produção de dados foi realizada por meio de observações registradas em diário de campo e de encontros com profissionais com a realização de entrevistas semi estruturadas e rodas de conversa, além de conversas informais com os pacientes e também análise documental. Questões relacionadas à organização do trabalho, ao modo de funcionamento da equipe, à problemática envolvida para a produção de cuidados integrais e para a continuidade da assistência foram abordadas nos encontros. Nosso estudo demonstrou que a atuação em equipe neste cenário hospitalar apresenta muitas dificuldades e ainda é um desafio. A organização do processo de trabalho, verticalizada e fragmentada, não contribui para atuações conjuntas dos profissionais. As áreas profissionais tem uma organização própria e, em geral, realizam seu trabalho de maneira isolada das demais áreas. Existem poucos espaços para troca de informações, para discussões de casos e planejamento de intervenções conjuntas. O cuidado aos pacientes está muito focado em realizar procedimentos com pouco espaço de escuta e de diálogo com suas condições de vida. As questões que emergiram da investigação indicam a necessidade de mudanças na organização do processo de trabalho no hospital, com a implantação de estratégias que contribuam para melhor articulação entre os diferentes profissionais que ali atuam, entre elas destacamos a implantação de reuniões de equipe e momentos de educação permanente. Indicam ainda a importância da participação da gestão nestas transformações para a produção do cuidado integral.

Palavras-chave: Integralidade em saúde, equipe de assistência ao paciente, assistência hospitalar, assistência integral à saúde.

ABSTRACT

The present research aims to understand and analyze how a team of a hospital unit works on the prospect of a full attendance. The option was for an exploratory and qualitative case study, whose production data was collected by means of observations recorded in field journal and meetings with professionals with semi structured interviews and conversation, as well as informal conversations with patients and documentary analysis. In the meetings, were discussed issues related to the organization of work, the mode of operation of the team, the problems involved for the production of integral care and continuity of care. Our study showed that the team working in this hospital scenario presents many difficulties and is still a challenge. The organization of the work process, vertical and fragmented, does not contribute to joint performances of professionals. The professional area has an organization of its own and, in general, performs their work in a isolated manner from other areas. There are very few spaces for exchange of information, to discussions of cases and planning joint interventions. The care of patients is more focused on performing procedures than listen and dialogue with their living conditions. The issues that emerged from the investigation indicate the need for changes in the organization of the work process in the hospital, with the deployment of strategies that contribute to better coordination between the different professionals who work there, among them we highlight the deployment of team meetings and moments of permanent education. Also indicate the importance of the participation of management in these transformations for producing integral care.

Keywords: Integrality in health, patient care staff, hospital assistance, integral health assistance.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo conocer y analizar cómo el trabajo en equipo de una unidad hospitalaria en la perspectiva de una atención completa. La opción era por un caso de estudio, exploratorio, cualitativo, cuyos datos de producción se recolectaron mediante observaciones registradas en el diario de campo y reuniones con profesionales, con semi estructuran entrevistas y conversación, así como conversaciones informales con los pacientes y análisis documental. Cuestiones relacionadas con la organización del trabajo, el modo de funcionamiento del equipo, se discutieron los problemas vinculados a la producción de atención integral y continuidad de la atención en las reuniones. Nuestro estudio demostró que el trabajo en equipo en este ámbito hospitalario presenta muchas dificultades y es todavía un reto. La organización del proceso de trabajo, vertical y fragmentada, no contribuye a actuaciones conjuntas de profesionales. Las áreas profesionales tiene una organización propia y, en general, realizan su trabajo de una manera aislada de otras áreas. Hay muy pocos espacios para el intercambio de información, a las discusiones de casos y planificación de las intervenciones conjuntas. La atención a pacientes es muy centrada en realizar procedimientos con poco espacio de escuchar y dialogar con sus condiciones de vida. Los temas que surgieron de la investigación indican la necesidad de cambios en la organización del proceso de trabajo en el hospital, con la implementación de estrategias que contribuyan a una mejor coordinación entre los diferentes profesionales que trabajan allí, entre ellos podemos destacar el despliegue de las reuniones de equipo y momentos de educación permanente. Indican la importancia de la participación de la gestión en estas transformaciones para la producción de atención integral.

Palabras clave: Integralidad en salud, personal de atención al paciente, hospital asistencia, asistencia de salud integral.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
O Hospital.....	13
O Trabalho em Equipe no Hospital.....	16
A Integralidade no Cuidado.....	21
JUSTIFICATIVA.....	25
OBJETIVOS.....	29
PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
ANÁLISE DOS DADOS.....	37
RESULTADOS.....	39
A Organização do Trabalho.....	39
O Trabalho em Equipe.....	47
A Produção do Cuidado.....	58
O Percurso do Paciente da Internação à Alta.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	76
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP – Plataforma Brasil.....	76
ANEXO 2 - Portaria N° 2.395, de 11 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde.....	78
ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista.....	94
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95

INTRODUÇÃO

O processo de investigação de um tema tem início a partir de certas dúvidas e inquietações que nos levam a formular questões, instigando-nos a melhor conhecer o objeto. O pesquisador, porém, não é neutro em suas escolhas. O recorte de parte da realidade a ser investigada carrega evidentes implicações do sujeito que pretende conhecer, de seus valores, de suas concepções e de sua ideologia (CAPOZZOLO, 2003).

Dessa maneira, considero importante uma breve apresentação das motivações que me levaram a eleger como objeto deste estudo a produção do cuidado na Santa Casa de Santos. O desejo de desenvolver uma pesquisa que tem como objeto o cuidado no cenário hospitalar advém da minha inquietação ao observar como as pessoas são cuidadas neste local.

Originalmente o interesse por este tema partiu de minha vivência como fisioterapeuta nesse cenário e também, a partir de determinado momento, do meu envolvimento com a gestão desse serviço. Sou fisioterapeuta há vinte e quatro anos e estou na Santa Casa de Santos há quase dezenove anos. Iniciei minhas atividades como fisioterapeuta neste hospital atuando no atendimento aos pacientes internados e desde o início de minha atuação percebi diferenças significativas nas abordagens realizadas com os pacientes.

Iniciei trabalhando na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica onde fui conquistando espaços e onde durante cinco anos construímos um trabalho integrado de equipe. Diariamente todos os profissionais se reuniam em um horário já estabelecido, para, na beira do leito de cada paciente, ouvir de cada profissional seu parecer em relação ao tratamento do paciente assistido. Em tempo real todas as informações formavam um diagnóstico mais preciso e completo que orientava a programação terapêutica a ser seguida. Havia uma comunicação efetiva e uma boa interação entre os profissionais.

As visitas conjuntas buscavam, ainda, a prevenção de riscos por meio de checklist, que também contribuía para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir custos na UTI. A ferramenta que usávamos tinha perguntas claras e que requeria respostas rápidas e objetivas tais como: por que este paciente se encontra na UTI? Cabeceira elevada? Uso de cateteres? Precisa de sonda vesical? Interações medicamentosas? Também continha questões diretamente associadas aos indicadores de qualidade da UTI. Nas reuniões discutíamos os protocolos da unidade, apresentávamos os indicadores do mês e o que precisava melhorar.

Entre os principais focos de discussão estavam: higiene das mãos, infecção de linha central, pneumonia associada à ventilação mecânica, reconciliação medicamentosa, profilaxias, gerenciamento de riscos de queda, úlcera de pressão. Com isso buscávamos uma mudança na cultura hospitalar com impacto positivo para a qualidade e a segurança do paciente.

Nas visitas multidisciplinares as contribuições de cada profissional (médico, enfermeira e fisioterapeuta) eram valorizadas e as condutas eram discutidas e acordadas. Trabalho gratificante e estimulante de construção de uma nova cultura de interdisciplinaridade na terapia intensiva.

No entanto, na mesma época vivenciei uma situação totalmente oposta a esta, trabalhando numa enfermaria desse mesmo hospital. Em um atendimento que realizei com uma criança, os pais quiseram saber sobre os procedimentos que ela estava sendo submetida. Para isso necessitava conhecer e me apropriar das condutas de cada profissional que estavam acompanhando a criança. Sem dúvida, um cuidado mais integral e efetivo é resultado do trabalho conjunto de diversos profissionais. Porém, o médico que acompanhava este caso não aceitou meus questionamentos e pedidos de esclarecimento sobre a situação da criança e, chegou a formalizar uma reclamação, via diretoria, afirmando que eu deveria realizar apenas meu trabalho e não me “intrometer” no trabalho dos outros. Percebi, neste instante, que existem diferentes profissionais, aqueles que valorizam o trabalho integrado e os que preferem trabalhar sozinhos. Tenho esta reclamação até hoje em meus arquivos profissionais.

Após cinco anos atuando como fisioterapeuta desse hospital eu recebi a notícia de que meu chefe estava se aposentando e que assumiria seu cargo como supervisora do serviço de fisioterapia. Num primeiro momento fiquei apreensiva, pois não tinha em minha carreira profissional a experiência da gestão, mas aceitei o desafio e, desde então, tenho buscado aprender e aprimorar meu papel de gestora desse serviço.

Esta instituição de saúde passou, durante estes meus dezoito anos de trabalho, por diversos momentos. Atualmente enfrentamos problemas financeiros gravíssimos. Nenhuma novidade se pensarmos que somos uma instituição que sobrevive a duras penas com repasses escassos do Sistema Único de Saúde (SUS) onde o procedimento realizado não é coberto financeiramente em todo seu gasto, o que acarreta constante déficit. Apesar disto, sempre entendi que mudanças precisariam ocorrer no modo de cuidar e de atuar em equipe. E para isto não necessitamos de altos investimentos financeiros.

Nesta minha caminhada junto ao serviço e também como preceptora de equipes de residentes e de especializandos da Unifesp, pude refletir sobre questões relacionadas ao cuidado, sobre a importância da escuta, do acolhimento, de um trabalho em rede, o que aumentou ainda mais minhas inquietações sobre o cuidado prestado na Santa Casa e me mobilizaram para ingressar no mestrado profissional.

Por que temos tantos profissionais de diferentes áreas, mas que não conseguem trabalhar juntos? Por que esses vários profissionais quase não se falam? Quase nunca conversam sobre o paciente? Inquietava-me também a maneira como os pacientes e trabalhadores eram tratados. A percepção era que o foco principal não estava no paciente.

Estas questões orientaram a proposta de investigação que apresento nesta dissertação, ainda com vários pontos em aberto. Uma enfermaria da Santa Casa que passava por mudanças na sua organização, na perspectiva de oferecer um cuidado integral e integrado com a rede serviços de Urgência e Emergência (RUE), foi a escolhida para a pesquisa. Pareceu-nos que nesse espaço havia apostas importantes e certa abertura para, a partir do compartilhamento dos resultados da pesquisa com os profissionais e gestores, enfrentar as questões necessárias para qualificar o cuidado e o trabalho em equipe. Em síntese, a proposta desta investigação foi compreender como acontece o trabalho em equipe neste cenário hospitalar e poder contribuir para qualificar esse trabalho na perspectiva do cuidado.

Na primeira parte desta dissertação são apresentados os referenciais que orientaram a análise do material empírico e o percurso realizado para se entender o debate sobre o hospital e a organização do trabalho dos diversos profissionais que exercem neste cenário o cuidado em saúde, além dos desafios necessários para a oferta de uma atenção integral. Em seguida, apresento a Santa Casa e detalho o percurso metodológico para a produção e análise do material empírico, para depois apresentar as questões que emergiram desse trabalho. Por fim, apresento as considerações e as perspectivas de devolutiva deste trabalho para os profissionais que participaram da pesquisa e para as equipes de gestão da Santa Casa.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Hospital

Como instrumento terapêutico, o hospital é invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que ele pode e deve ser um instrumento destinado à cura aparece em torno de 1780. Antes do século XVIII, tratava-se essencialmente de instituição de assistência material e espiritual aos pobres e de isolamento dos doentes. (FOUCAULT, 1989).

Da Idade Média até o século XVIII, hospital era local de assistência aos pobres, bêbados e ladrões, visto como morredouro ou obra de caridade. Os hospitais eram regidos por pessoas religiosas e tinham função de recolhimento dos menos abastados e desfavorecidos da sociedade, para dar os últimos cuidados antes da morte, salvar a alma, ou simplesmente afastá-los da sociedade. É importante notar que neste período a função médica não aparece, o hospital é uma instituição não médica e a medicina, por sua vez, é uma prática não hospitalar (LISBOA, 2002).

Até meados do século XVIII, Hospital e Medicina permaneceram independentes e o médico não aparecia no hospital. Há uma profunda mudança no sistema de poder no interior deste equipamento quando os médicos passam gradativamente a assumir a responsabilidade pela gestão da estrutura hospitalar, lugar ocupado anteriormente por religiosos (JORGE, 2002).

As intervenções religiosas administravam e direcionavam a presença do médico para atendimento dos indivíduos mais doentes. Com o tempo, os médicos foram se inserindo na dinâmica hospitalar não só desempenhando as funções assistenciais ao doente mas se apropriando de espaços de poder administrativo a fim de efetivar, através da disciplina, suas intervenções que atendiam às necessidades da sociedade (FOUCAULT, 1989).

De espaço pouco regado, destinado à morte do paciente, o hospital passa a atuar com uma configuração dotada de regras e códigos de condutas, introduzindo mecanismos disciplinares com a função de assegurar o esquadramento e a vigilância do paciente. Transforma assim as condições do meio hospitalar com a individualização dos leitos, com a introdução de regulamentações, sistema de registro permanente, de identificação de doentes, registros de entradas e saídas, de diagnóstico, de farmácia entre outros (PEREIRA, 2013).

Assim o hospital passa a ser não somente o lugar de cura, mas também o de registro, de acompanhamento da evolução do quadro dos pacientes, de produção de saber sobre as doenças e conseqüentemente local de formação médica. Um lugar privilegiado de formação e transmissão de saber médico.

Para Carapinheiro (2005), como outras organizações modernas, o hospital constitui um dos elementos de um aparelho de disciplina e regulação na sociedade, que assegura a ordem não por meio da vigilância, mas por intermédio de uma micropolítica de disciplina, na qual as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade. Ao revisitar a história social da hospitalização, Antunes (1991) afirma que o hospital gradativamente se torna um espaço estratificado, fragmentado e burocratizado, dando menos voz ao paciente, para centrar-se na doença. Nesse cenário, há um grande destaque do saber e do poder médico.

Apesar do trabalho no cenário hospitalar depender de diversos agrupamentos de trabalhadores que se relacionam e interagem constantemente e da existência de uma estrutura administrativa burocrática há predominância do poder e de uma autonomia dos médicos. Os médicos possuem uma autonomia técnica que se constitui também em uma autonomia administrativa e em um poder diferenciado sobre as demais profissões. Nesse sentido, a gestão e as políticas hospitalares desenvolvidas estão de uma forma ou de outra, amarradas aos interesses dos grupos médicos (CARAPINHEIRO, 2005).

Sem dúvida, no contexto hospitalar (apesar de não ser apenas nele), os médicos ocupam posição de poder e o seus saberes e práticas têm grande centralidade. Mas, surgem questões tais como: a inserção dos demais profissionais de saúde de nível superior não alterou a dinâmica hospitalar? Como estes profissionais interagem neste meio predominantemente médico? Os médicos conseguem ter uma atuação que tenha como perspectiva a cura das doenças e também a sua prevenção? Conseguem pensar as necessidades do usuário de uma forma mais ampla? E qual a função dos hospitais nos dias de hoje?

Para Lima e Aché (1999) é indispensável lembrar que um hospital é uma estrutura “viva”, de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de aspectos. Além da atividade propriamente médica funcionam no hospital diversos setores, envolvendo cada qual aspectos especializados de funcionamento e, por conseguinte, de problemas a serem enfrentados.

Jorge (2002) ao analisar a gestão e organização de processos de trabalho em serviços hospitalares também observa a centralidade do trabalho médico e os enormes desafios nesses cenários para a construção de processos que desloquem a centralidade do poder dos médicos. A autora considera importante construir processos coletivos e dispositivos que incluam a diversidade de atores que compõem o universo hospitalar, todos eles portadores de certa autonomia e liberdade para estabelecer relações e disputar seus projetos. Propõe assim a ênfase em processos micropolíticos para a construção de práticas mais compartilhadas e cuidadoras.

No Brasil, historicamente, o modelo de saúde foi focado na oferta de serviços hospitalares em detrimento dos serviços de atenção básica, com pouca ou quase ausência de integração entre os diferentes serviços. Um modelo de saúde muito centrado no Hospital, nas doenças e não numa rede de serviços e na promoção e prevenção da saúde. Com o SUS surgem propostas de integração entre os serviços da rede e ganha importância rever o cuidado nos hospitais e sua relação com a rede de serviços não hospitalares para ofertar uma atenção integral. Vivenciamos desde então desafios de produzir mudanças na inserção do serviço hospitalar na rede, ou seja, para o hospital deixar de ser centrado em si mesmo, e desafios para mudanças na relação que as diferentes áreas profissionais estabelecem no hospital e no modo predominante de cuidar dos pacientes.

As diversas políticas públicas, desencadeadas em geral a partir do Ministério da Saúde, têm investido através de portarias e incentivos financeiros na organização de redes de cuidado que integrem serviços de diferentes níveis de complexidade com pactuações de fluxos assistenciais, orientados pelos princípios da universalidade, da equidade, integralidade e qualidade da assistência para atendimento a todos os cidadãos.

O Ministério da Saúde também tem promovido políticas que visam melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários, tais como o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), formulada em 2001. Este programa visa a qualificar o atendimento hospitalar, por meio de ações voltadas principalmente para melhorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários.

Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS, e o que era um programa se transforma, em 2003, em uma Política: a Política Nacional de Humanização (PNH). Com esta política, as ações de humanização voltam-se também para as

demais instâncias e serviços de saúde, e avançam para garantir e efetivação do SUS, através da mudança dos modos de fazer dos profissionais, nos modelos de atenção e de gestão da saúde. A PNH entende humanização como a valorização dos diferentes sujeitos - usuários, trabalhadores e gestores - implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Apesar dessas políticas, não tem sido fácil produzir mudanças nos hospitais tanto no que diz respeito a organização dos processos de trabalho quanto a sua articulação com a rede de serviços. O hospital, como refere Jorge (2002) apresenta importantes traços de uma típica organização burocrática, onde se trabalha na perspectiva da reprodução e manutenção da sua funcionalidade.

Para Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa atravessada por múltiplos interesses e estão em debate: seu papel, seu lugar na produção do cuidado, sua qualidade, a integralidade, a eficiência e controle de custos. Ao hospital caberia, a partir do SUS, um novo papel centrado no cuidado das situações clínicas mais graves, que demandam maior intensidade de cuidado, mas que devem considerar a vida do paciente, suas condições objetivas e subjetivas para manter recuperar sua saúde e assumir a responsabilidade de articulação como os demais serviços para garantir a continuidade desse cuidado.

Queríamos destacar neste momento, algumas questões que estão colocadas para mudanças nos modos predominantes de funcionamento da atenção hospitalar. A seguir, vamos abordar questões relacionadas ao trabalho em equipe e ao cuidado integral.

O Trabalho em Equipe no Hospital

Para Peduzzi (2005), a ideia de equipe de saúde aparece historicamente respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir do processo saúde-doença. Portanto, para essa autora, o trabalho em equipe não teria na sua origem apenas o caráter de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo benefício

do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas responderia à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.

A proposta do trabalho em equipe também é reforçada segundo Martins e Dal Poz (1998) pela crítica aos modelos clássicos de administração que se estende pelos diversos setores da produção, sobretudo a crítica à rígida e excessiva divisão do trabalho, à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho. Cabe, contudo, apontar as especificidades do trabalho em equipe no campo da saúde, dado o seu caráter de prestação de serviços, e, especialmente, as características do próprio processo de trabalho em saúde, quais sejam: a complexidade dos seus objetos de intervenção (PEDUZZI, 2005).

As diversas profissões na área de saúde se constituíram historicamente afirmando a especificidade do domínio de seus saberes e competências, estabelecendo fronteiras que, no entanto, são constantemente postas em cheque e que demandam o trabalho conjunto e articulado, especialmente para intervir nas necessidades de atenção. A tendência de cada área profissional (hoje são 15) é a de defender a própria identidade e produzir a necessidade de seu saber especializado e competente o que tensiona com a construção de um trabalho conjunto. Cada área profissional tende a recortar a demanda e a realizar um procedimento técnico da sua área, encaminhando para outro profissional realizar outras intervenções de seu núcleo específico de atuação. A comunicação entre os diferentes profissionais ocorre, mas em geral se restringe à troca de informações, tendendo a um trabalho em paralelo (HENZ, CASSETTO, CAPOZZOLO, 2014).

Observa-se que durante séculos no ambiente hospitalar somente existia o profissional médico e o enfermeiro, sendo que apenas nas últimas cinco décadas do século XX outras categorias profissionais passaram a ser inseridas a partir da necessidade de novas intervenções. Essas categorias, apesar de diferentes formas de atuação, lutam para conquistar e consolidar seu lugar nesse cenário de forma corporativa (FARIA, 2011).

Ao analisar especificamente o trabalho no hospital, podemos considerar que os indivíduos que atuam nas diversas práticas profissionais estão ao mesmo tempo, separados e unidos por laços tensos e desiguais de interdependência. A tendência de divisão de funções encontra na figura do médico o poder e o comando, sendo as demais profissões associadas à

oferta de serviços vinculados ao cuidado, com menores visibilidade e reconhecimento social. Como refere Pereira (2013), cada vez mais, é priorizada a existência de setores e serviços que atendem às prerrogativas de uma racionalidade biomédica, cuja organização propicia a execução do trabalho dividido, repetitivo com decisões e condutas solitárias, corporativas, competitivas, com ênfase em atuação profissional isolada e centrada em especialidades médicas.

Diversos estudos apontam que a organização do trabalho no hospital é caracterizada pela divisão social das tarefas, na qual se controla o tempo, o ritmo, os processos, os modos de execução; com fragmentações das atividades, com hierarquias de comandos e de responsabilizações. Essa disciplina hierarquizada, fomenta sob condições diferenciadas de trabalho de cada categoria profissional, uma rede de tensões e negociações, a partir da divisão de funções interdependentes (JORGE, 2001; PEREIRA 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, das influências do mercado, das tendências modernas que produzem trabalhadores qualificados e dos discursos teóricos que fazem referências ao trabalho em equipe e à integralidade da assistência, diversos fatores dificultam a organização do trabalho em equipe no hospital contemporâneo. Pereira (2013) destaca que no atual momento de flexibilidade do mercado, que os profissionais na área da saúde estão sujeitos às diversas modalidades de vínculos empregatícios (com maior ou menor grau de precarização), às más condições de trabalho que os desgastam e os expõem aos processos crescentes de judicialização na área da saúde e interfere na possibilidade de uma organização do trabalho interdependente, que pudesse contribuir para reduzir tensões e conflitos nas relações de poder.

Ao analisar questões que atravessam o trabalho em equipe em ambientes hospitalares, Pereira (2013) discute que os profissionais mais antigos (nesse caso os médicos) conseguiram estabelecer um alto grau de coesão, integração e controle pelo fato que desempenham papel preponderante na organização histórica do hospital e influenciam o direcionamento e o comando das atividades, a normatização das regras e as decisões. Já profissões mais novas, como nutrição, enfermagem, serviço social e fisioterapia, enfrentam constantes barreiras devidas à necessidade de se estruturar nesse meio organizacional com esses modos de funcionamento pré-estabelecidos. Para esse autor é importante aproximar psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais de médicos e enfermeiras, cujas

funções cada vez mais tensionam os espaços de poder predominantes, em busca de romper paradigmas e construir outras possibilidades de relações.

A tendência ao desequilíbrio nas relações de poder e as competições corporativas que hierarquizam e fragmentam o trabalho provocando tensões e disputas perpassam não só as diferentes profissões e especialidades médicas como também os vários setores e áreas, o que é evidente no valor diferenciado e na eterna comparação entre os campos de atuação da cirurgia, da clínica e da psiquiatria. Assim, conforme Feuerwerker e Cecílio (2007) é bastante complexa na estrutura hospitalar a trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, que compõe o cuidado em saúde e que deve ser considerada quando pensamos em construir trabalhos coletivos e compartilhados.

E o hospital tem sido um local de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde e um espaço de reprodução dos poderes das corporações (CECÍLIO e MENDES, 2004). No entanto, a configuração hospitalar que apresenta inúmeras situações que se caracterizam rigidez e manutenção de posicionamentos históricos, ao mesmo tempo, apresenta possibilidades de mudanças. Assim, há um monopólio corporativista das decisões médicas (que ainda fazem parte de uma estrutura que inibe a participação de outros saberes e resiste ao trabalho cooperativo), mas, ainda que seja difícil observar, há também processos de autonomia dos demais profissionais de saúde, que, além de reagirem, em alguns momentos através do silêncio ou da não participação, desafiam a dominação médica gerando tensão nas relações interprofissionais (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Campos e Amaral (2007) destacam que propostas de gestão hospitalar influenciadas pelos princípios da qualidade total, utilizam a padronização de procedimentos, o aumento da produtividade e a satisfação dos clientes como pilares conceituais para garantir a disciplina, o controle dos profissionais e melhorar a eficiência dos serviços. No entanto, a uniformização de condutas, protocolos e fluxogramas, a contínua padronização e divisão do trabalho não contribuem significativamente para diminuir as dificuldades de integração da equipe multiprofissional e melhorar o cuidado. Esses autores sugerem diretrizes para a reorganização do processo de trabalho no hospital contemporâneo com base nos conceitos de clínica ampliada, centrada na autonomia do sujeito e na produção da saúde. Sugerem, ainda, a gestão democrática, com o envolvimento de profissionais e pacientes e mecanismos que favoreçam processos de participação, que incentivem a responsabilização clínica dos

profissionais, a integração do hospital ao sistema de saúde, a ampliação da capacidade de o usuário lidar com a própria saúde, além do destaque para o trabalho interdisciplinar.

Cecílio e Mendes (2004) valorizam o prontuário integrado para o compartilhamento de decisões em equipe, o espaço de ouvidoria e projetos que incentivem a participação de familiares, assim como o protagonismo dos trabalhadores, com possibilidades de assegurar atenção e cuidado de modo integral à saúde. Essa concepção de atenção à saúde amplia a rede de interdependências que extrapolam o âmbito profissional, almejando relações mais próximas com a família e, de forma mais ampla, com a sociedade.

Apesar de suas inúmeras tensões o trabalho em equipe no ambiente hospitalar é uma importante aposta na perspectiva da produção do cuidado, o que implica em buscar mudanças nas relações entre as profissões e nas relações entre os profissionais e os usuários.

No trabalho em saúde é importante que ocorram mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde e na utilização de diferentes tipos de tecnologias: tecnologias duras - àquelas ligadas a equipamentos, medicamentos e aos procedimentos; tecnologias leve-duras - àquelas decorrentes do uso de saberes científicos da clínica e da epidemiologia; e tecnologias leves - aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente, por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização, singularização, entre outras. Para a produção do cuidado é importante que as tecnologias leves, o encontro entre os profissionais e usuários comandem as demais tecnologias (MERHY, 2002).

Para Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária e entre elas há múltiplas conexões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades e assim prover ou disponibilizar as tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Assim, o profissional de saúde deve manter-se atento às dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente e não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar de que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral.

Feuerwerker e Cecílio (2007) descrevem o hospital como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Pensar a construção da integralidade desde o hospital é um desafio e é o que faremos a seguir.

A Integralidade no Cuidado

A integralidade constitui um dos princípios do SUS, cuja aprovação na Constituição Federal de 1988, marca a implantação da política pública de saúde no país e promete a saúde como direito civil e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, a atenção à saúde se faz de acordo com as necessidades específicas das pessoas inclusive levando em conta os níveis de complexidade diferenciados (BRASIL, 2000).

O conceito de integralidade da assistência definido pela Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II é: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Uma das preocupações centrais para a consecução do princípio da integralidade está na necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico (BRASIL, 2002).

De acordo com Silva e Ramos (2010), a integralidade, assim como os demais princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em saúde. É considerada um termo novo no setor saúde e vem sendo encontrada designando várias dimensões e sentidos, ora como eixo integrador de serviços, ora como visão holística do sujeito do cuidado ou como ações de atendimento integral de demandas e necessidades, entre outros.

Se a integralidade é um eixo articulador na organização das práticas de saúde, ela deve ser um valor central também no hospital, produzindo o conceito ampliado de saúde, responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos (FEUERWERKER e CECILIO, 2007).

Esta noção de integralidade requer de forma mais objetiva e intensa a atuação profissional na modalidade de trabalho em equipe integrado, com a inclusão de um leque variado de profissionais que podem contribuir na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde (PEDUZZI, 2005).

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se desenvolvem práticas que se identificam com o que tem sido classificado como práticas multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. Assim, a necessidade do trabalho em equipe é decorrente da produção do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual (LEOPARDI, 1999).

Ayres (2009), p.04 aponta quatro eixos em torno dos quais podemos identificar alguns dos principais impulsos que, com base na ideia de integralidade, têm buscado fazer dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde:

A) Eixo das necessidades: diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso mais relevante aqui é o do desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas.

B) Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

C) Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A,.

D) Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

Como se vê, os quatro eixos são relacionados entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais. Os discursos sobre integralidade, em cada um deles, têm, muitas vezes, origens, porta-vozes e objetivos distintos, mas em todos se identifica a percepção de que os valores que guiam a construção do SUS apontam para a intimidade dos processos de trabalho em saúde como instância fundamental para sua realização (AYRES, 2009).

Em sistematização sobre a proposta de intervenção em nível hospitalar, Cecílio e Merhy (2007) p. 3 defendem a ideia do hospital como espaço de defesa da vida, traduzido como um local comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas. Isto é um esforço de superação do paradigma do hospital como espaço apenas curativo, produtor de um conjunto de procedimentos fragmentados, e organizado a partir da lógica da doença.

As estratégias para esta construção constituem-se de: (a) pensar a reinserção e articulação do hospital dentro do sistema de saúde; (b) reduzir o tempo médio de permanência dos pacientes agilizando a alta; (c) adotar tecnologias que reduzam a necessidade de internação; (d) criar programas de atenção e internação domiciliar; (e) dar atenção especial para o desenvolvimento de atividades que estimulem ou promovam graus crescentes de autonomia do paciente hospitalizado; (f) desenvolver atividades de entretenimento para os pacientes que apresentam condições de deixar a cama; (g) flexibilizar/estimular os contatos com a família; (h) adotar protocolos terapêuticos individuais, multiprofissionais que qualifiquem a atenção e facilitem a avaliação do cuidado prestado; e (i) organizar o atendimento nas enfermarias a partir da lógica da responsabilização de uma equipe por um determinado número de leitos, a fim de criar vínculos entre a equipe e os pacientes.

Para Cecílio e Merhy (2007), o cuidado no hospital é necessariamente multidisciplinar e depende da conjugação de vários profissionais em um somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. A maneira como estas práticas se articulam resultará na maior ou menor integralidade da atenção recebida. O grande desafio está em coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais produzindo um cuidado coordenado eficaz e de qualidade (MERHY, 2005).

Para Silva Júnior, Merhy e Carvalho (2003), ruídos e problematizações aparecem neste contexto, como a falta de interesse e de responsabilização por parte destes profissionais ao lidar com a doença e não lidar com sofrimentos, transferência da responsabilidade do cuidado em vez de compartilhá-lo com outros profissionais e pouca comunicação entre os

profissionais e, certa incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão. Apesar da multiplicidade de especialistas estes estão desarticulados na atenção com ações sobrepostas, repetidas, desnecessárias e pouco resolutivas.

Na visão de Cecílio e Mendes (2004), as enfermeiras são as tecedoras das relações entre os diferentes profissionais e entre as diferentes unidades assistenciais com possibilidade para assegurar o cuidado integral, orquestrando a definição de regras para os cuidados no processo de trabalho da equipe, através de intensa negociação entre as categorias profissionais.

De maneira geral, os estudos mostram que os profissionais da saúde percebem integralidade como ideia de totalidade e apontam a importância da aplicabilidade desta atenção enfrentando distintos desafios, dentre eles a percepção e compreensão que os profissionais têm do termo “integralidade em saúde” (GHIZONI et al., 2010). Porém para Silva (2010) torna-se necessário o incentivo à educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde incluindo aqui o cenário hospitalar.

Os profissionais que compõem as equipes de saúde enfrentam também dificuldades interprofissionais inerentes à sua prática, como diferenças de personalidade, de formação e de opiniões. Em contrapartida são inegáveis as facilidades em trabalhar nesse tipo de conformação, tanto para o paciente, que conta com atendimento especializado multidisciplinar, quanto para os profissionais de saúde, que podem desempenhar suas atividades com maior segurança. O trabalho em equipe tem sido visto como uma estratégia para enfrentar o processo de especialização da área da saúde, todavia, não pretende abolir as especificidades, pois estas melhoram os serviços prestados ao aprimorar o conhecimento e o desempenho técnico em uma área (PEDUZZI, 2001).

A questão da integralidade na atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (FRANCO e MAGALHÃES, 2003).

Por isso, é preciso não só repensar a “estrutura piramidal” dos serviços de saúde como entender que a integralidade torna-se compromisso de todos, mesmo aqueles

considerados finais e superespecializados. No cenário hospitalar esta integralidade no trabalho em saúde está comprometida e faz-se necessário aprofundar nestes estudos.

JUSTIFICATIVA

O cenário do estudo foi a Irmandade da Santa Casa de Santos, primeiro hospital do Brasil, localizado no município de Santos, do estado de São Paulo, Brasil. A Santa Casa de Santos carrega uma história e cultura tradicional, vivendo o contraste entre o lema de seu fundador Brás Cubas em 1543: “Casa de Deus para os homens, porta aberta ao mar” e a implantação de um novo modelo de gestão visando enfrentar as dificuldades financeiras atuais com o SUS do país trazendo uma nova missão: “Prestar assistência à saúde, como centro especializado de referência, e promover o ensino e a pesquisa”.

Inaugurada em novembro 1543, sua construção teve início em 1542, por iniciativa do português Braz Cubas, líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente Vila de Santos. Ele teve o auxílio dos próprios moradores da região. Sua data de fundação foi o dia primeiro de janeiro, conhecido como o dia de todos os santos, e por isso o hospital recebeu o nome de Hospital de Todos os Santos, também para homenagear o maior hospital de Lisboa, em Portugal. Desse nome, surgiu também o nome da cidade de Santos (IVAMOTO, 1998).

Frei Gaspar, em sua obra: Memórias para a História da Capitania de São Vicente, diz que Braz Cubas, "com esmolas e ajutórios dos confrades, edificou uma igreja com o título de Nossa Senhora da Misericórdia e junto a ela um hospital". A administração e assistência ao hospital ficaram a cargo da Confraria da Misericórdia, confirmada por D. João III em Almerim, a 2 de abril de 1551.

No Brasil Colônia e Império surgiram outros hospitais dentro do modelo das Santas Casas de Portugal, que tinham como objetivos primordiais prestar caridade e abrigar pobres e desabrigados, principalmente quando doentes ou para morrer. No ano de 1560 foi criada a Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga, alojada no Pátio do Colégio, depois nos Largos da Glória e Misericórdia, até ser inaugurada na Vila Buarque, em 1884 o Hospital Central - sua sede até os dias de hoje. No Rio de Janeiro a Santa Casa de Misericórdia foi instalada pelo Padre José de Anchieta para socorrer os tripulantes da

esquadra do Almirante Diogo Flores Valdez, aportada à baía de Guanabara em 25 de março de 1582, com escorbuto a bordo (IVAMOTO, 1998).

A Santa Casa de Santos possui quase cinco séculos, participando de todos os ciclos da história do Brasil. O hospital prestou atendimento aos colonos, nativos e escravos, passando pelos nobres do Império Português e do Brasil Imperial, tradicionais monarquistas e republicanos, até patrões, operários, empregados e desempregados. O local também serviu para a prática da Medicina durante quase três séculos, antes da fundação da primeira faculdade de Medicina do país. Ainda hoje, a Santa Casa permanece como hospital ensino (IVAMOTO, 1998).

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia chegou aos tempos atuais com várias misericórdias espalhadas no Brasil e em Portugal, dedicadas, sobretudo, a vocação hospitalar. No século XX surgiram os hospitais particulares, com objetivos lucrativos, de propriedade de médicos. A partir de 1960 começaram a surgir os hospitais próprios da medicina de grupos, envolvendo tanto os grupos médicos quanto as cooperativas médicas.

É um hospital geral, de grande porte, certificado como hospital de ensino desde 2007, de alta complexidade, sendo uma entidade privada beneficente sem fins lucrativos, exercendo atividade ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, com fluxo de atendimento de demanda espontânea e referenciada, atendendo o SUS, convênios e particulares.

No Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES atualizado em 14.02.2015, a Santa Casa de Santos possui 657 (seiscentos e cinquenta e sete) leitos, dos quais 395 (trezentos e noventa e cinco) leitos são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS. Para tanto, se destina aos atendimentos dos municípios da região, que precisam de internação de curta e média permanência para realização de procedimentos de complexidade não disponíveis na rede regional de saúde.

Os leitos da Santa Casa de Santos estão distribuídos em 30 (trinta) unidades de internação, sendo 23 (vinte e três) enfermarias gerais e 7 (sete) unidades de terapia intensiva. É hospital com leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência na Baixada Santista seguindo as diretrizes da *Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011*, do Ministério da

Saúde, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. (Anexo 2)

Visando se adequar a esta portaria, que propõe incentivos financeiros mensais, a instituição necessitou modificar as unidades que receberiam estes pacientes. A adequação abrangia o número de colaboradores da equipe de enfermagem, a presença 24 horas da equipe médica, além da disponibilidade de outros profissionais para o atendimento a estas unidades.

Em relação aos pacientes o período de internação nestas unidades não ultrapassaria 10 (dez) dias e o paciente receberia a alta hospitalar com encaminhamentos para o retorno e acompanhamento na rede de saúde municipal.

Para esta investigação elegemos uma unidade de internação geral que é Enfermaria Clínica de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, e passou por adequações visando atender a organização proposta pela Portaria anteriormente citada, conforme artigo 14, da seção I, do Capítulo III:

Art. 14. As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local;

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;

X - taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e

XI - Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

Possui 42 (quarenta e dois) leitos distribuídos em quartos coletivos de dois ou quatro leitos e desde 2011 esta unidade possui leitos que tem por finalidade a internação de adultos masculinos, no sistema de Rede de Urgência e Emergência - RUE, segundo contratualização com o gestor municipal, a Prefeitura do Município de Santos, buscando a recuperação da saúde e retorno à sociedade o mais breve possível deste paciente. Assiste exclusivamente aos clientes conveniados do Sistema Único de Saúde – SUS.

É considerada uma enfermaria geral e oferece leitos classificados de médio e baixo risco, divididos em leitos de retaguarda da neurocirurgia (antiga finalidade da unidade que permanece) e leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Sendo assim, esta unidade possui em sua maioria, pacientes das especialidades cardiologia clínica, neurologia clínica e neurologia cirúrgica. Mas possui também em menor número, pacientes de outras especialidades como traumatologia, ortopedia, oncologia e clínica médica.

Devido minha inserção na instituição há alguns anos, como inicialmente relatado, e conhecendo o modo de operar das enfermarias objetivei neste estudo averiguar se a partir destas mudanças nesta unidade específica, o cuidado também seria modificado ou melhorado.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP conforme parecer consubstanciado número: 443.572 em 11/10/2013 (Anexo 1), após aprovação da Diretoria Clínica e Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Santos.

OBJETIVOS

Geral

- ✓ Compreender como ocorre o processo de trabalho em equipe numa unidade hospitalar em um hospital geral na perspectiva do cuidado integral.

Específicos

- ✓ Caracterizar a organização do trabalho em equipe de uma unidade hospitalar;
- ✓ Compreender as facilidades e os entraves enfrentados pelos profissionais de saúde para o cuidado de pacientes nessa unidade hospitalar;
- ✓ Mapear as questões relacionadas ao trabalho em equipe para a produção de cuidado no cenário hospitalar.

PERCURSO METODOLÓGICO

O processo de trabalho de uma pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010), divide-se em três partes: a primeira é a fase exploratória, quando o pesquisador se prepara para entrar em campo, definindo o objeto, as hipóteses, a perspectiva teórica e metodológica, os instrumentos de trabalho, o cronograma e os procedimentos; a segunda fase é o trabalho de campo, quando combina os instrumentais de observação, comunicação, levantamento de dados, confirmação ou não da hipótese; a terceira etapa é a análise e tratamento do material empírico e documental, quando ocorre a compreensão e interpretação dos dados levantados na segunda fase, articulando com a teoria.

O referencial metodológico qualitativo é particularmente indicado para os objetivos desta investigação, pois parte dos dados não pode ser quantificado, como afirma Richardson (1989 p.38):

A abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, especialmente, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. Isso porque os estudos que empregam essa metodologia podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Têm sido particularmente indicadas na pesquisa qualitativa a utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos bem como a validação dos resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados, a fim de aumentar as evidências empíricas e assim conferir maior credibilidade aos achados (BECKER, 1994).

Meu interesse em compreender como estava organizado o trabalho no cenário hospitalar especificamente em uma unidade de internação na perspectiva da produção de cuidado integral me encaminhou para um estudo de caso, com a utilização de diferentes instrumentos para compreender como está organizado o trabalho.

Sou uma colaboradora da Santa Casa de Santos atuando há quase dezenove anos no Serviço de Fisioterapia, ora na produção do cuidado do paciente, aplicando técnicas fisioterapêuticas, ora na gestão deste cuidado, organizando os profissionais que atuam diretamente com o paciente. Portanto, estou implicada também com a produção destes dados, e isto foi considerado. Assumimos que não há neutralidade entre o sujeito que pesquisa e o objeto pesquisado.

Como refere Minayo (2010), é grande o debate sobre a natureza e objetividade do conhecimento produzido quando se concebe a própria pesquisa como processo interativo do pesquisador com a realidade que vai ser estudada, não sendo, portanto, livre de valor. A subjetividade e o envolvimento do pesquisador, no entanto, são condições da pesquisa que devem ser conhecidas, assumidas e analisadas.

Ainda para Minayo (2010), o pesquisador está implicado em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, o recorte teórico até o resultado do trabalho. Sujeito e objeto do conhecimento se constituem ao mesmo tempo, no mesmo processo, sendo o momento da pesquisa um momento da produção teórica e, sobretudo da produção do objeto e daquele que conhece. O pesquisador está incluído no campo que investiga, logo, é modificado e também modifica o objeto a ser estudado.

Portanto, a opção foi por um estudo de caso, exploratório, qualitativo, cuja produção de dados foi realizada por meio de observações registradas em diário de campo e de encontros com profissionais com a realização de entrevistas semi estruturadas e rodas de conversa, além de conversas informais com os pacientes e também análise documental.

Pezzato e L'Abbate (2011) descrevem o diário de pesquisa como a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa. Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto. Essa restituição escrita propõe um tipo de reflexão própria do escrever, o que possibilita desnaturalizar a neutralidade do pesquisador.

O diário é uma escrita do presente, uma escrita para si, individual ou coletiva, uma escrita transversal, de fragmentos, pois o vivido é praticamente impossível de ser redigido, dada a sua complexidade. Num diário, aceita-se a espontaneidade e eventualmente a força do sentimento, a parcialidade de um julgamento, enfim, a falta de distanciamento (PEZZATO e L'ABBATE, 2011).

Neste estudo o diário de campo foi sendo construído desde os primeiros momentos de visitas da pesquisadora à unidade. Nas observações acompanhei o trabalho na unidade em todos os turnos em diferentes períodos do dia, priorizando os aspectos da organização do trabalho, rotinas diárias e os comportamentos dos profissionais com os

colegas, pacientes e familiares ou outros profissionais. No total foram realizadas 15 (quinze) visitas à unidade.

À proporção que observava, fiz anotações das minhas impressões, dos meus pensamentos, que também ajudaram a organizar as entrevistas e as rodas de conversas, definindo roteiro de questões. Com este instrumento de observação é possível acrescentar o potencial de desvelar reflexões e concepções mais contextualizadas quando, além das falas, a observação da linguagem não verbal é registrada.

A partir dos dados produzidos nessas observações foi possível eleger alguns profissionais com quem poderia conversar e discutir temas relativos ao cuidado no hospital. Os sujeitos da pesquisa são os profissionais que compõe a equipe de assistência à saúde atuantes na unidade de internação escolhida e pacientes que estavam internados nesta unidade.

Uma vez que a equipe atuante nesta enfermaria é composta por vários profissionais desde médicos de diferentes especialidades com seus professores e alunos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos em nutrição, copeiras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais; elegemos pelo menos um profissional de cada área de atuação que está diretamente ligado ao cuidado do paciente.

Para o encontro com estes profissionais utilizou-se a técnica de entrevista semi estruturada, reiteradamente validada como método de investigação adequado para a realização de uma pesquisa qualitativa, quando se busca aprofundar a compreensão da realidade com características específicas, com significados próprios dentro de um contexto único (GRESSLER, 2003).

Segundo Triviños (1995 p.145):

Entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocada pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Sendo a entrevista semiestruturada uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos (DUARTE, 2002), tornou-se necessária a elaboração prévia de um

roteiro adequado para a coleta de dados abordando questões referentes ao tempo em que está na Instituição, rotina de trabalho, percepções sobre o trabalho em equipe na Santa Casa e facilidades e dificuldades de se trabalhar em equipe no hospital (Anexo 3).

Num primeiro momento convidamos cada profissional individualmente para participar de um encontro quando foi realizada a entrevista. Este primeiro contato com os profissionais foi bastante difícil para se conseguir um horário e local para a realização desta entrevista. Foram abordados na própria unidade, nos corredores do hospital ou em seus setores de trabalho.

De acordo com o último Balanço Social com base no ano de 2013, a Santa Casa contava em seu quadro de recursos humanos com 6 (seis) assistentes sociais, 244 (duzentos e quarenta e quatro) enfermeiros, 1299 (um mil e duzentos e noventa e nove) profissionais de enfermagem nível técnico, 62 (sessenta e dois) fisioterapeutas, 121 (cento e vinte e um) médicos em regime CLT, 17 (dezessete) nutricionistas, 5 (cinco) psicólogos e 5 (cinco) terapeutas ocupacionais.

Após muitas tentativas e dificuldades, apesar de um número maior de profissionais atuando na Unidade de Internação eleita, concordaram e participaram da entrevista um total de doze profissionais: 3 (três) assistentes sociais, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) fisioterapeuta, 1 (um) médico, 1 (um) nutricionista, 3 (três) psicólogos e 2 (dois) terapeutas ocupacionais.

Houve maior dificuldade em conseguir a adesão dos médicos à participação na pesquisa. Alegavam falta de tempo. Isto já reflete a dinâmica da enfermagem, do corre e corre da rotina de passagem apenas de muitas equipes de médicos e da dificuldade de entrevistá-los.

As entrevistas com os sujeitos foram agendadas previamente, respeitando-se a disponibilidade e desejo dos mesmos a respeito de data, local e horário. As falas foram registradas eletronicamente e, a seguir, transcritas. Cada entrevistado teve o tempo livre para se expressar.

Utilizando o roteiro elaborado de perguntas a intenção das entrevistas foi provocar situações nas quais os envolvidos falassem aquilo que já pensavam, mas também aquilo que ainda não haviam formulado a si mesmos.

Devido a correria de todos e a falta de disponibilidade para parar alguns minutos para a entrevista, enfrentamos dificuldades para falas mais detalhadas o que nos levou a pensar na necessidade de realizar outros encontros, propiciando um espaço de discussão coletiva abordando os mesmos temas das entrevistas.

Os profissionais entrevistados foram então convidados a participar de uma roda de conversa previamente agendada, em local fora da unidade de internação, quando foram abordadas temáticas deste estudo para livre discussão. Este encontro também foi gravado e posteriormente transcrito para a análise.

Por sua possibilidade de interação entre os participantes, a técnica da roda de conversa assume as mesmas características da técnica do grupo focal que é definida por Gaskel (2002, p. 79), como:

Uma esfera pública ideal, já que se trata de um debate aberto e acessível a todos cujos assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração; e o debate se fundamenta em uma discussão racional. Essa definição não só dimensiona as possibilidades interativas da roda de conversa como expressa uma característica de criar um espaço de diálogo e de escuta das diferentes vozes que ali se manifestam, constituindo-se num instrumento de compreensão de processos de construção de uma dada realidade por um grupo específico.

Mais que uma técnica de pesquisa, as rodas de conversa abriram espaço para que os sujeitos estabelecessem um espaço de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro no cotidiano hospitalar. No contexto da pesquisa a escolha dessa técnica ocorreu principalmente por sua característica de permitir que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO e CRUZ, 2014).

Dos doze profissionais entrevistados e convidados, apenas quatro compareceram para este encontro. Uma enfermeira, uma nutricionista e duas psicólogas. Alguns justificaram a ausência devido ao horário marcado, além da impossibilidade de sair do setor de trabalho para o encontro.

Esta roda de conversa aconteceu no período vespertino. A sala utilizada localiza-se no Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP). É uma sala adaptada para aulas e reuniões, com

carteiras dispostas em filas. Para dar um clima de proximidade, as cadeiras foram organizadas em um círculo pequeno no qual os sujeitos da pesquisa se posicionaram para a conversa.

Iniciamos a conversa dando boas-vindas a todos, agradecendo-lhes pela participação. Foi-lhes informado novamente, pois isso já havia sido feito individualmente, no momento do convite, o motivo do encontro. Também solicitamos a autorização de todos para que a conversa fosse gravada para posterior transcrição, garantindo o sigilo de tudo o que seria dito, e, ainda, tranquilizando-os em relação à utilização desses registros.

Em seguida, sempre procurando deixar todos à vontade, foram apresentadas as “regras” da conversa, pedindo-lhes que tomassem o cuidado de não falarem todos ao mesmo tempo, para que fosse possível o registro do que estava sendo dito.

Buscou-se manter uma atmosfera de informalidade e descontração. As opiniões expressas nas rodas de conversa sobre os temas discutidos pelos participantes não teve a preocupação com o estabelecimento de um consenso, podendo as opiniões convergirem ou divergirem, provocando o debate e a polêmica. Como mediadora busquei garantir a participação igualitária de todos.

Após esta roda de conversa decidimos realizar também um encontro com os auxiliares de enfermagem da unidade em questão. Afinal, estes profissionais estão em contato direto e diário com os pacientes internados. Será que a visão deles de cuidado era semelhante a dos outros profissionais abordados?

No caso dos auxiliares de enfermagem, prevendo a dificuldade do deslocamento para outro local no horário de trabalho, aproveitamos a própria unidade de internação para o encontro em horário previamente acertado com a enfermeira gestora da unidade, como sendo o mais adequado para este fim. Chegamos à unidade no horário de início do plantão de trabalho, logo após a passagem de plantão do turno anterior. Todos os auxiliares daquele turno estavam na sala de medicação, e após a explicação do objetivo do trabalho e aceite de todos desenvolvemos uma roda de conversa com a presença de quatro auxiliares de enfermagem, sobre temas diversos aplicados ao cuidado do paciente.

Esta roda de conversa com os auxiliares de enfermagem aconteceu na sala destinada ao preparo da medicação na própria unidade, e seguiu a mesma dinâmica utilizada com os profissionais. Estavam presentes os quatro auxiliares e a pesquisadora.

Inicialmente, foi explicado o objetivo da pesquisa e solicitada a autorização para a gravação e o registro da conversa. Na sequência, deu-se início às provocações para as discussões entre os presentes, abordando os mesmos temas discutidos com os profissionais e que são alvos de interesse nesta pesquisa.

Este encontro foi tão enriquecedor que nos levou a propor novas rodas de conversa com auxiliares de enfermagem de outras unidades de internação. Será que os temas levantados eram comuns a outras unidades de internação? Agindo da mesma maneira, propomos mais duas rodas de conversa em outras duas unidades de internação. Uma roda de conversa com sete auxiliares de enfermagem e outra com quatro auxiliares de enfermagem, aproximando mais a pesquisadora do cotidiano e das rotinas de cuidados destes auxiliares.

Para este estudo utilizaremos apenas a roda de conversa com os auxiliares de enfermagem da unidade eleita. As outras duas rodas de conversa das outras unidades apenas ficaram como reforço das questões que surgiram e poderão ser utilizadas em trabalhos posteriores.

Além das entrevistas e rodas de conversa, durante as visitas de campo da pesquisadora houve momentos de conversas com vários pacientes internados na unidade. Foram conversas informais que contribuiriam para entender o processo do cuidado recebido por estes pacientes e a percepção destes ao serem cuidados pela equipe de saúde. Também valeram para trazer outras questões que pudessem subsidiar a conversa e entrevistas com os profissionais, pois não se pretendeu explorar necessariamente as questões vivenciadas pelos pacientes, mas algo que nos trouxesse seu olhar.

Além destes pacientes abordados e visando aprofundar em pelo menos um caso clínico elegemos um paciente desta unidade para através de encontros mais sistematizados pudessemos conhecer o percurso enfrentado por ele antes e durante a internação. O paciente eleito esteve internado nesta unidade hospitalar proposta, por um período de doze dias, de 25.10.2013 a 05.11.2013. Internado com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi primeiramente atendido no Pronto Socorro da Zona Noroeste e após estabilização do quadro transferido para a Santa Casa de Santos como vaga da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Paciente adulto, hemodinamicamente estável, com nível de consciência preservado, respondeu às indagações a que sugerem este estudo e aceitou participar desta pesquisa. Os

encontros com o paciente aconteceram em vários momentos durante visitas da pesquisadora à unidade de internação. Foram pelo menos quatro encontros.

Todos os sujeitos que concordaram em participar deste estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A).

ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise dos dados busca estabelecer uma compreensão dos dados coletados e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado (MINAYO, 2006).

Optou-se pela técnica metodológica de análise de conteúdo, uma vez que possibilita obter, por procedimentos sistemáticos na descrição do conteúdo das falas, indicadores que originem inferências relativas às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1997; MINAYO, 2006).

Para tal seguimos os seguintes passos no tratamento do material coletado propostos por Minayo (2006) e Schraiber (1995):

- ✓ leitura exaustiva de cada material transcrito das observações, entrevistas e rodas de conversa,
- ✓ identificação de temas que surgiram em cada material,
- ✓ agrupamento dos diversos conteúdos das falas, por proximidade de sentidos dos diversos materiais, e
- ✓ análise das falas identificando concordâncias e divergências em cada grupo temático relacionando-os com os objetivos formulados.

Tornou-se então possível elaborar todo o conjunto de categorias temáticas. Construimos assim uma classificação de elementos por proximidade de sentidos compondo um conjunto que, em releituras do material coletado possibilitaram a análise deste.

Desta maneira ao identificar os temas que perpassavam o material empírico, procedeu-se a análise dos materiais de cada fonte de dados segundo estes temas ou categorias. Assim, após agrupar e analisar o material colhido através dos relatos nas entrevistas, rodas de

conversa e diário de campo agrupamos os dados em três grandes categorias: “organização do trabalho”, “articulação do trabalho entre os diferentes profissionais” e “produção do cuidado”.

Durante a apresentação dos resultados faremos uso de trechos dos relatos colhidos e para isto utilizaremos de abreviações e siglas para cada material garantindo o anonimato dos sujeitos. Para as observações da pesquisadora em seus diários de campo utilizaremos a sigla **DC** seguida da data do diário. Para os relatos das entrevistas utilizaremos a letra **E** seguida das iniciais da categoria profissional sendo **Eas** (entrevista com o assistente social), **Eenf** (entrevista com o enfermeiro), **Efisio** (entrevista com o fisioterapeuta), **Em** (entrevista com o médico), **Enutri** (entrevista com o nutricionista), **Epsico** (entrevista com o psicólogo), e **Eto** (entrevista com o terapeuta ocupacional). No caso de mais um profissional por área entrevistado acrescentamos uma numeração ao lado da sigla. Para as rodas de conversa utilizaremos a abreviação **RC**. Para as rodas de conversa com os auxiliares de enfermagem denominamos **RCenf** e para a roda de conversa com os profissionais utilizaremos a abreviatura **RCprof**. Com isto evitamos a exposição dos sujeitos da pesquisa, garantindo o direito de confidencialidade conforme o TCLE. Foram selecionadas as falas mais significativas quando se repetiam, demonstrando a força do comentário sobre o tema.

Quadro 1 - Legendas dos Relatos

PROFISSIONAIS	LEGENDAS
Entrevista com Assistente Social	<i>Eas</i>
Entrevista com Enfermeiro	<i>Eenf</i>
Entrevista com Fisioterapeuta	<i>Efisio</i>
Entrevista com Médico	<i>Em</i>
Entrevista com Nutricionista	<i>EnutriI</i>
Entrevista com Psicólogo	<i>Epsico</i>
Entrevista com Terapeuta Ocupacional	<i>Eto</i>
Roda de Conversa com Auxiliares de Enfermagem	<i>RCenf</i>
Roda de Conversa com Profissionais	<i>RCprof</i>
Diário de Campo da Pesquisadora	<i>DC</i>

Em resumo, o critério de categorização foi utilizado por permitir selecionar categorias, agrupando-as conforme o significado dos temas, sendo posteriormente confrontadas com achados de outras investigações sobre o assunto.

Por fim, os resultados foram discutidos por intermédio do estabelecimento de um diálogo crítico e reflexivo entre os mesmos e o referencial teórico pertinente à temática estudada.

RESULTADOS

A Organização do Trabalho

“Plantar carvalhos? Como, se já se decidiu que somente eucaliptos sobreviverão? Plantar tâmaras, para colher daqui a cem anos? Como, se já se decidiu que todos teremos de plantar abóboras, a serem colhidas daqui a seis meses?”

Rubem Alves

Todas as unidades de internação na Santa Casa de Santos (enfermarias ou UTI) estão divididas em leitos SUS, convênios e particulares. As enfermarias são denominadas de policlínicas, pois possuem leitos de diversas especialidades, sendo o agrupamento de pacientes realizado apenas por tipo de leitos (SUS/convênio/particular) e não por patologias ou linhas de cuidado.

São muitas as especialidades médicas que existem no hospital. Cada grupo de especialistas tem uma coordenação e possui modos de funcionamento e de organização próprios. Os especialistas respondem diretamente ao coordenador do grupo e são responsáveis pelo acompanhamento de todos os casos relacionados à sua especialidade, que estão distribuídos em diferentes unidades no hospital. Devem realizar as visitas médicas diariamente até às 13 horas de modo que a prescrição possa ser visualizada por todos e esteja disponível para a continuidade dos cuidados ao paciente até o dia seguinte, quando ocorrerá uma nova visita médica. Em situações de emergências é acionado o médico plantonista que pode alterar a prescrição se for necessário.

A maioria das especialidades médicas (hematologia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, infectologia, emergência, enfermaria clínica e UTI) possui residências médicas tais como: anesthesiologia, cirurgia cardíaca, geral, pediátrica e vascular, oftalmologia, trauma-ortopedia, pediatria, tocoginecologia e clínica médica. Quando existem residentes estes ficam com a tarefa de evoluir e prescrever os pacientes e passar visita com chefes para discutir os casos e as condutas.

Os profissionais de nível superior de diferentes áreas – psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição - também se organizam por áreas profissionais e são vinculados a uma coordenação específica. Cada área profissional é responsável por atender à demanda de todo o hospital. Quando acionados, em geral por solicitação médica, os profissionais se deslocam para a enfermaria onde está internado o paciente e realizam sua avaliação no prazo máximo de 24 horas. A organização e modo de funcionamento de cada área profissional são diferentes. Serviços como o de fisioterapia, por exemplo, tem como rotina atender o paciente de duas a três vezes por dia. Já o serviço de psicologia pode acompanhar o mesmo paciente de uma a três vezes por semana.

A Santa Casa, certificada como hospital de ensino, também recebe alunos das várias áreas profissionais: biomedicina, enfermagem, fisioterapia, médica, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. Estes alunos de acordo com cada categoria e exigências dos conselhos profissionais são acompanhados por professores de instituições de ensino ou por profissionais da própria Santa Casa.

Os demais serviços como o de Copa e Limpeza também possuem coordenação própria e atendem às diversas enfermarias. Apenas a equipe de enfermagem constituída por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem é fixa em cada enfermaria ou unidade.

As dificuldades decorrentes deste tipo de organização verticalizada surgiram com muita intensidade nas falas dos profissionais. Os depoimentos apontam que dificulta bastante o trabalho e a integração entre os diferentes profissionais o fato de terem que caminhar por todo o hospital à procura de seus pacientes internados, que podem estar em qualquer unidade de internação: *“você está em todo o lugar e não está em lugar nenhum na verdade”* (RCprof).

Esta organização em policlínicas traz dificuldades, pois o profissional tem que dar conta de diferentes problemas e, muitas vezes, sem um preparo adequado. *“Aqui aos trancos e barrancos, você tem que saber um pouco de tudo. Isto desestimula você. Porque primeiro, não adianta você se especializar. Vai estudar o que? Vai se especializar em que? Vai se especializar em tudo?”*(RCprof).

Também apontam que, na maioria dos casos, apenas conseguem realizar um trabalho pontual com os pacientes, o que produz sofrimento e frustrações para os trabalhadores.

“(...) Esta falta de você poder manter o foco também frustra. (...) Porque você fica só apagando fogo, o tempo todo. (...) o exemplo que o serviço social tinha, porque conseguia com que os pacientes com três ou quatro dias de internação pudessem ser atendidos por um assistente social. Na pediatria era evidente. O número de BOs diminuía, o número de problemas de evasão diminuía. Agora, com uma pessoa só (...) Você não consegue nem responder os pedidos (...) Querendo ou não você não consegue fazer um trabalho com o paciente.(...) Você tem hipertensos no hospital inteiro. Como você vai fazer um bom trabalho? (RCprof)

Esta organização também dificulta o encontro dos profissionais. O médico responsável pelo paciente não é facilmente encontrado para conversas e troca de informações.

“(...) A gente não consegue falar com o médico pra estabelecer alguma coisa. Aí você quer falar com o médico, mas aí ele passou seis da manhã ou ele vai passar e aí você está em outra enfermaria e você não conseguiu discutir com o médico que é quem muitas vezes precisa prescrever ou fazer, enfim. Porque a gente depende deles, né?” (RCprof)

A avaliação dos profissionais é que se as unidades fossem organizadas por especialidades, ou ainda se para cada serviço tivéssemos uma equipe multiprofissional poderiam oferecer um cuidado melhor e o trabalho seria mais gratificante.

“Quando eu era exclusiva só nefro, fiz um bom trabalho com médico, com enfermeiros, com auxiliar de enfermagem, com os pacientes e familiares (...) ficava só lá (...). É o que estou dizendo. Quando você está dentro de uma especialidade, você faz um bom trabalho lá dentro. Agora, quando você abre para atender em vários lugares, é difícil.” (RCprof)

Percebem que mudanças na estrutura de organização, com vinculação dos profissionais a uma unidade de internação favoreceria tanto o trabalho com a equipe, com os pacientes e familiares quanto diminuiria a sobrecarga e o sofrimento com o trabalho.

“Na estrutura que você tem (...) e acaba também deixando muito frustrante para o trabalhador ficar aqui, porque você quer fazer. (...) Precisa ocorrer uma mudança estrutural (...) pelo tanto que a gente rala (...). Porque diminui a sobrecarga (...)” (RCprof)

Percebem, no entanto, que esta maneira de organizar os leitos responde a outras questões, que não necessariamente tem como foco favorecer o cuidado aos pacientes.

“(...) O que eu já escutei aqui porque não se faz clínicas ou enfermarias especializadas é por conta dos médicos, pra não se formar feudos. Como será uma unidade que é só da pneumo? (...) Aí surgem problemas de disputa de poder das especialidades (...). A questão é que o foco não é o paciente.”(RCprof).

Para Carapinheiro (2005), o cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Este tipo de organização e gestão verticalizada, como a encontrada na Santa Casa, é bastante frequente em serviços hospitalares. As corporações médicas exercem um poder significativo e tendem a definir as rotinas de trabalho a partir de seus próprios interesses corporativos assim como ocorre com as diferentes áreas profissionais. Podemos dizer que a estrutura organizacional é expressão de diferentes relações de poder entre médicos e entre estes e as diferentes áreas profissionais (CECÍLIO e MERHY, 2007).

As dificuldades apontadas na fala dos profissionais decorrentes da forma de organização do trabalho para oferecer um cuidado centrado no paciente também são referidas por Cecilio e Merhy (2007). Esses autores analisando o trabalho em instituições hospitalares indicam como central o desafio de pensar desenhos organizacionais que possibilitem articular o conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos visando propiciar cuidados mais adequados. Neste sentido, a vinculação dos profissionais a uma unidade com uma mesma coordenação favorece o trabalho conjunto e um cuidado mais integrado aos pacientes.

Vale destacar que os profissionais de nível superior conseguiram vivenciar uma maneira diferente de cuidar com a experiência da Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde realizada em parceria com a UNIFESP que aconteceu de 2010 até 2014 na qual uma equipe de residentes de diferentes áreas ficava vinculada a uma única unidade de internação. Essa experiência foi considerada muito interessante pelos profissionais que a vivenciaram, pois possibilitou uma maior integração entre os diferentes serviços e atendimentos,

favorecendo um acompanhamento mais integral e oferecendo maior segurança e confiança para os pacientes.

Especificamente na enfermaria eleita para este estudo, conforme relatado anteriormente, ocorreu uma mudança no perfil da unidade e dos pacientes, uma vez que passou de uma unidade de atendimento geral para uma unidade de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, com número maior de profissionais de enfermagem. Essa mudança no perfil da unidade foi considerada interessante pelo pessoal de enfermagem, pois levou à redução do número de pacientes mais graves, acamados e com curativos mais trabalhosos, o que melhora as condições de trabalho nesta unidade.

“(...) Melhorou 100%. Antes os curativos eram muito pesados. Eu acho que melhorou bastante de uns tempos pra cá, porque aumentou a quantidade de funcionários e mudou um pouco o perfil, porque esta enfermaria tinha o perfil de uma enfermaria mais trabalhosa, muito pesada, muitos pacientes acamados. A gente não tem mais tanto paciente acamado como tinha antes, tanto curativo, com tanta coisa pra fazer, então neste aspecto melhorou por causa disso.” (RCenf).

Na perspectiva de caminhar para oferecer um cuidado integral foi proposta uma nova forma de organização da equipe de enfermagem. Nesta unidade cada auxiliar de enfermagem permanece cuidando de um mesmo grupo de pacientes durante uma semana. Este cuidado é chamado de “cuidado integral”, pois o mesmo auxiliar realiza todos os cuidados necessários a este paciente, desde o banho, medicação, curativos, etc. Esta mudança na organização do trabalho de enfermagem também foi sinalizada como interessante por outros profissionais, como expressa abaixo:

“(...) É uma unidade que passou por uma mudança no perfil dos pacientes, e isso reestruturou a forma de atendimento como cuidados integrais. Em relação ao trabalho de fisio, sempre sou atendida quando solicito ajuda e atendo aos chamados quando sou solicitada. Considero uma enfermaria muito boa para trabalho em equipe, o que não ocorre com outras unidades do hospital.” (Efisio).

As condições diferenciadas de trabalho desta unidade também são referidas nas rodas de conversas realizadas em outras unidades de internação. As condições são diferentes em outras unidades, onde um número menor de auxiliares de enfermagem tem que cuidar de

pacientes mais críticos. Vale ressaltar que os registros dos encontros em outras unidades de internação não serão discutidos com maior amplitude neste estudo, mas contribuiriam para nosso entendimento do cotidiano hospitalar e na identificação de temas a serem levados para as rodas de conversa.

Importante destacar neste momento que, de fato, na unidade estudada recebia investimentos institucionais diferenciados e trabalhava com a perspectiva de oferecer cuidados mais integrais. No entanto, não havia mudanças significativas em relação a organização do processo de trabalho de outras áreas além da equipe de enfermagem.

Estive na unidade de internação proposta durante vários dias e horários e percebi que cada trabalhador tem sua rotina de trabalho organizada pelos coordenadores de cada área - copa, limpeza, enfermagem, equipe médica, psicologia, fisioterapia. Apresento aqui uma cena do período da manhã:

“No posto de enfermagem muita gente junta (...), mas sem um trabalho junto. Todos pareciam concentrados em digitar relatórios, atender a telefonemas e organizar prontuários. Vários médicos de diversas especialidades, residentes, alunos que solicitavam prontuários. A escriturária, profissional responsável pela organização documental da unidade, falava alto e asperamente ao telefone assuntos não condizentes com a rotina da unidade, sem se dar conta que todos poderiam ouvi-la. Muita movimentação na unidade. Não se sabe quem é aluno, de que curso é, de que instituição, se é funcionário, médico ou outro profissional. Na sala de medicação também há movimento de entra e sai.” (DC 29/10/13)

Nesta unidade há a presença de diversos alunos de vários anos da graduação, estagiários, residentes médicos e multiprofissionais, de diversas instituições de ensino parceiras, tanto de ensino universitário quanto de nível técnico, caracterizando esta unidade como sendo de ensino. Nesse dia os residentes que passavam na enfermaria e copiavam as prescrições anteriores. Teriam avaliado o paciente ou discutido com seus professores, antes de prescreverem? Todos pareciam dividir o mesmo espaço sem necessariamente trocarem informações entre si. Como afinal ocorreria a articulação do trabalho entre os diferentes profissionais?

Nas observações que realizei nos períodos da tarde e noite, encontrei uma unidade mais tranquila com menos profissionais e uma menor movimentação de alunos e professores. Nesses períodos, permanecem na unidade apenas os profissionais de enfermagem.

Chama atenção que os prontuários são requisitados para prescrições médicas ou pedidos de consulta de outras áreas profissionais. As solicitações de avaliações são feitas e respondidas via prontuário eletrônico, que acaba se apresentando como o centro não só das informações, mas também como principal comunicação entre os profissionais que acompanham o paciente. Neste sentido há crítica dos profissionais ao fato de serem os registros em prontuários, o principal meio de conhecer os atendimentos realizados. Além dos limites para a troca entre os profissionais, muitas vezes, os prontuários não são lidos:

“(...) A gente não sabe nada que acontece aqui. Mas o outro tirou isto da prescrição, mas tirou porque? Não foi conversado. Porque não lê. Não lê a evolução. Tantos pedidos de interconsulta que a gente responde. Cadê a psicóloga? Leu? Não leu a evolução(...) Basta você ver que o médico manda três pedidos do mesmo paciente. Mas de novo? De novo. Terceira vez. Aí a gente responde: favor atentar pois já foi feito o pedido. A resposta já está à disposição no sistema, pois já é o terceiro pedido...Eles não leem o do colega, imagina se vai ler o nosso.” (RCprof)

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Artigo 1º da Resolução de nº 1.638/2002, define o Prontuário do Paciente como sendo um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL, 2002).

É um documento que deve conter todas as informações concernentes a um paciente, sejam elas de caráter de identificação, socioeconômico, de saúde ou administrativo, dentre outros. Na verdade, trata-se da memória escrita da história da pessoa doente, sendo, portanto, indispensável (embora não suficiente), para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente, a continuidade, a segurança, a eficácia e a qualidade de seu tratamento, bem como da gestão das organizações hospitalares (PINTO, 2006).

Durante vários séculos, o prontuário do paciente foi apenas registrado no suporte de papel, porém, atualmente, mercê da chegada das tecnologias da informação, este documento está sendo migrado para o suporte eletrônico e pode ser denominado como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). O PEP é um documento caracterizado, de um lado, pela sua unicidade, é único para cada paciente, e de outro, pela pluralidade de autores que produzem seus textos e também pela variedade de tipos de informações nele registradas (PINTO, 2006).

Como parte do processo de gestão hospitalar na área assistencial, a oferta de prontuário com maiores possibilidades de registros corretos por parte de seus profissionais, especialmente dos médicos, tem implicações diretas não só nas contas a serem apuradas, mas, fundamentalmente, na qualidade da assistência prestada (SILVA e NETO, 2007).

Desde agosto de 2006, a Santa Casa de Santos implantou o sistema eletrônico de prontuários através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Todo o histórico do paciente está neste prontuário que pode ser acessado por todos de qualquer terminal de computador em todo o hospital. Nele devem constar informações do paciente, desde seus dados pessoais até todo seu caminho dentro do hospital: passagens pelos ambulatórios, exames realizados, internações anteriores, e evoluções e relatórios de todos os profissionais que o acompanharam. É uma fonte riquíssima de dados para consultas e pesquisas, além de ser um elemento fundamental ao bom atendimento e um potencial instrumento de educação permanente, entre outras finalidades de gerenciamento hospitalar. Mas, pra estes fins necessita que todos que o utilizam adicionem dados e informações completas. Registrar e ler as informações seriam tarefas e deveres diários de todos os profissionais.

De acordo com as normas vigentes, mesmo estando em suportes eletrônicos, necessitam também serem impressos. Isto acontece na Santa Casa. Todos os profissionais após registrarem suas informações diariamente devem imprimir estes documentos. Este fato, aliado ao número insuficiente de terminais de computadores, levam a congestionamentos de profissionais em determinados horários nos terminais localizados nos postos de enfermagem.

Apesar dessas diretrizes, o preenchimento dos prontuários tende a ser feito de forma burocrática, faltam informações importantes. A comunicação entre os profissionais: através de prontuários não é considerada adequada: *“a comunicação é ruim (...) a informação fica desencontrada. Faltam dados importantes em prontuários”* (Enutri).

Ainda nos reportando aos escritos de Foucault (1989), é possível observar que os diferentes registros no hospital posicionam a existência de interdependência de outras profissões, ainda que o destaque nesse momento esteja direcionado para a figura do médico.

A seguir, vamos nos debruçar um pouco mais nas questões relacionadas à articulação entre o trabalho dos diferentes profissionais.

O Trabalho em Equipe

“Quando dois homens caminham juntos, um pode ver antes do outro”

Sócrates

Outras cenas...

“Em cada quarto um movimento diferente. No quarto 207 havia apenas um paciente enrolado no cobertor. No quarto 210 a funcionária da limpeza higienizava o chão. Observei a visita rápida da enfermeira, profissional gestora da unidade neste quarto cumprimentando e trocando palavras breves com cada paciente. O quarto 211 recebia o café da manhã pela copeira. Alguns leitos vazios e pacientes indo ao banheiro para o banho matinal uns sozinhos, enquanto outros acompanhados pelos auxiliares de enfermagem. O quarto 212 tem alguém em isolamento. Porta fechada. Observo um médico se paramentar com máscara antes de adentrar sozinho o quarto.” (DC 29/10/13).

“Neste outro momento encontro mais um profissional na unidade, a fisioterapeuta passa pelo corredor acompanhando um paciente que realiza exercícios respiratórios associando os movimentos dos braços e a caminhada. Encontro também em um dos quartos a nutricionista acompanhada de uma estagiária de nutrição que realiza uma avaliação nutricional em um paciente acamado e bem emagrecido no quarto 203. Ela me conta um pouco de sua rotina. Acompanha todos os pacientes da unidade, observando suas dietas prescritas pelos médicos. Nos casos em que há risco nutricional o acompanhamento é mais próximo, com a realização de avaliações nutricionais a cada dez dias. Assim, pode sugerir aos médicos, complementos ou outras dietas específicas para cada caso. Encontros ou desencontros? Não percebi conversa entre os profissionais. Nenhum momento de parada para algum comentário, para um encontro ou alguma discussão de equipe. Observei um

cuidado fragmentado apesar da presença de vários profissionais na mesma unidade.” (DC 30/10/13)

Vários profissionais foram encontrados na unidade estudada, exercendo sua rotina de trabalho separadamente. A forma verticalizada como está organizado o processo de trabalho no hospital, como já apontamos anteriormente, não contribui para a articulação dos diferentes profissionais e com os médicos, dificultando a troca de informações, a discussão conjunta de casos.

A equipe de enfermagem aponta que os profissionais de nível superior, por terem que atender a todas as unidades de internação, apenas “passam” na unidade para avaliar e realizar atendimento dos casos que o médico solicitou, como bem explicita o trecho a seguir:

“(…) Os outros profissionais, nutricionista, psicologia, fisioterapia, serviço social, estes sempre vem. Sempre passam. Acompanham, relatam qualquer coisa, sugerem outras mudanças na prescrição e na evolução dos médicos que estão acompanhando. Eles sempre estão a par (...) Eles não ficam na unidade. Eles ficam dependendo de um pedido de consulta.” (RCenf)

Na roda de conversa com os profissionais de nível superior surgiu com muita intensidade a sensação que realizam um trabalho de “bombeiro”, conseguindo atender apenas às demandas mais urgentes ou emergenciais, *“De qualquer forma a gente faz. Aqui é bombeiro. Apaga o incêndio e ponto”*. Percebem que todas as áreas estão sobrecarregadas pelo quadro reduzido de profissionais:

“(…) Nós estamos com todas as áreas funcionando no limite. Se você então divide a sua atenção com sua sobrecarga de trabalho, sua sobrecarga de problemas pessoais (...), isto piora o atendimento ao paciente. (...) Mas você tem que entender que o outro está sobrecarregado. Então às vezes você chega assim: Olha, este paciente está com curativo aberto, com dor, e as meninas estão com uma emergência, então você tem que entender que eles estão com uma emergência e você tem que aguardar. Que o médico não vai à hora que você pede. Os médicos aqui também estão sobrecarregados” (Eas3).

Além do número insuficiente de profissionais apontam que se a organização fosse diferente, *“daria pra trabalhar bem melhor”*. Avaliam que seria importante poder ter espaço para troca com os diferentes profissionais envolvidos no atendimento do paciente:

“(...) É por que aqui dentro o foco não é o paciente. Se a gente tivesse o suporte pra ter uma equipe de nutrição que conseguisse realmente dar conta de todo, toda a demanda e conseguisse discutir o caso com a equipe de fisio, com a equipe de enfermagem, com a equipe de psico, ter fono” (RCprof)

O fato dos profissionais de nível superior não estarem vinculados a determinadas enfermarias ou unidades, *“apenas passarem pelo local”* acrescido do fato de não existirem espaços formais de reunião torna difícil, na opinião deles, a construção de um trabalho de equipe:

“(...) Pelo fato de não estar fixa em uma unidade, torna-se mais difícil relatar sobre o trabalho em equipe, porém percebe-se que na maioria dos locais que passo a equipe mais integrada seria da enfermagem e os outros profissionais apenas “passam” no local.” (Eto2)

A falta de espaços formais de reunião faz com que a troca de informações ocorra frequentemente através de conversas informais apressadas no corredor:

“(...) Um mínimo de uma reunião numa enfermaria, de uma equipe de uma enfermaria deveria ter. Então, sei lá, uma vez por semana, duas vezes na semana. Poxa gente! (...) você está numa enfermaria e ao mesmo tempo você não está. Então assim, você tem as redes, você vai conversa, você quer saber alguma coisa. Às vezes eu não estou lá. Eu preciso saber aquilo do paciente e às vezes nem no prontuário não está. Então você conversa. A pessoa também tá correndo por que tem que cuidar de não sei quantos leitos e sabe, tudo isto dificulta, e se cria estas redes e você não consegue conversar. Não consegue falar com o médico pra estabelecer alguma coisa.” (RCprof).

A equipe de enfermagem é considerada pelos diversos profissionais como a que trabalha de forma mais integrada e que conhece melhor os pacientes e a rotina de trabalho do setor, sendo constantemente acionada para fornecer informações, o que acarreta uma sobrecarga significativa dessa equipe: *“(...) É estressante. Tem dia que é bem estressante. Tudo chama ao mesmo tempo... tudo é atendido ao mesmo tempo.” (RCenf)*

O trabalho em equipe hoje é uma prática necessária para o atendimento à saúde. A organização ou mobilização de equipes está associada à complexidade da demanda. Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos colegas de

outras formações subsídios para a compreensão e atendimento do caso em questão (TONETTO, 2007).

O trabalho em equipe delinea-se pela potencialidade e pelo desafio que a articulação desses profissionais representa na produção da saúde, uma vez que esta se coloca como meta compartilhada e finalidade comum das diversas ações. Tal articulação pressupõe o mútuo conhecimento e respeito entre as diferentes especificidades e responsabilidades. A reunião de diferentes profissionais não garante, no entanto, necessariamente um cuidado integral (SILVA, 2010).

As equipes se caracterizam pelo modo de interação que se estabelecem entre os profissionais. O trabalho em equipe é dinâmico e pode configurar equipes integradas ou que representam apenas um agrupamento de profissionais. O compartilhar de uma mesma situação de trabalho não caracteriza uma equipe integrada, bem como o relacionar-se cordialmente não alcança a integração dos diferentes trabalhos na perspectiva da integralidade. O trabalho multiprofissional para se integrar deve buscar a articulação das ações realizadas por cada integrante (SILVA, 2010).

A ideia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados para intervenções no processo saúde-doença. Numa equipe, porém há diferentes valorizações do trabalho de cada profissional. O trabalho dos profissionais de nível superior são mais valorizados que os de nível técnico. Dentre todos os profissionais, o médico ainda mantém uma posição de grande centralidade nas equipes de saúde, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam (PEDUZZI, 2005, CARAPINHEIRO, 2005).

Nos relatos, percebe-se que a nomenclatura equipe é muito utilizada para se referir às equipes “uniprofissionais”, à maneira como estão organizadas as diversas categorias profissionais: equipe de enfermagem, equipe médica, equipe da nutrição, etc.

“(...) aqui na Santa Casa você tem muitas boas pessoas, querendo um bom cuidado ao paciente.(...) Eu vejo a equipe da fisioterapia, a equipe de enfermagem, a equipe de psicologia. Várias caixinhas. Estas equipes existem. Equipes de iguais. Mas a interdisciplinaridade que hoje se prega ao paciente eu não vejo” (Eas3).

Nas conversas percebemos que os profissionais destacam a importância do trabalho integrado das diferentes áreas, em equipe multiprofissional, tanto para o cuidado paciente quanto para os próprios trabalhadores.

“(...) Sem dúvida neste trabalho junto, todos ganham: o paciente tem atendimento com mais qualidade e o profissional tem sua rotina mais suave e com a sensação de dever cumprido, ou seja, fez o que era possível, da melhor forma possível pelo paciente (...). O trabalho em equipe traz qualidade, humanização, integralidade nos cuidados, confiança, satisfação. Produz fluidez do serviço se tiver boa vontade das pessoas.” (Efisio)

“(...) É gratificante, pois cada profissional é valorizado dentro de uma mesma ação. Possibilita a troca e agiliza os cuidados (...). O trabalho em equipe produz organização, colaboração, opções, soluções, sugestão, idéias, compromisso, consenso e esforço coordenado. Produz integralidade.” (Eas2)

“(...) Quando ocorre o trabalho em equipe isto possibilita um cuidado mais integralizado e possibilita a equipe compartilhar conhecimentos.” (Eto2)

“(...) O trabalho em equipe traz repercussões para todos os envolvidos no cenário hospitalar. Visto que ele dá a condição para que o cuidado em saúde ocorra. Devido a caracterização da assistência multiprofissional da saúde, não se pode pensar em atender sem este trabalho em equipe.” (Epsico1)

“(...) ganha o paciente que passa a ser visto de forma integral, com suas dores morais e emocionais, angústias, medos e não só sua doença física, facilitando a aderência ao tratamento médico. Ganha também o familiar/acompanhante que se sente acolhido, apoiado, orientado. Ganha ainda a equipe que trocando saberes com os demais profissionais, pensam juntos em um conjunto de ações, isto é, nas melhores e mais adequadas intervenções e condutas para a mais rápida recuperação do paciente. Ganha o hospital que consegue manter seu fluxo de pacientes, liberação de leitos, para continuar atendendo a quem necessita de cuidados.” (Epsico3)

“É fundamental esta integração. Em alguns locais já existem. Aqui também está sendo implantada aos pouquinhos. (...) Vai o médico, a enfermeira, a fisioterapeuta, e a proposta que entre na jogada também o nutrólogo (...) e também alguém da CCIH, seja a enfermeira da CCIH, seja um dos médicos. E aí você faz uma equipe multiprofissional. Todo

mundo envolvido com o doente. (...) Discute-se. (...) Isto é fundamental. A integração multiprofissional é extremamente eficiente no sentido de melhora do doente.” (Em)

Os auxiliares de enfermagem também valorizam o trabalho em equipe multiprofissional. A possibilidade de se ter outros profissionais além da enfermagem e do médico atuando na unidade é vista de maneira positiva pelos auxiliares de enfermagem, pois consideram que enriquece o cuidado.

“(...) A possibilidade de ter os outros profissionais ajuda (...) se fosse, só, por exemplo, a enfermagem e o médico não dá certo. (...) O fisio também é essencial pra começar o movimento do paciente, pra colocar ele sentado (...)Tirar ele do leito (...)Porque já dá um reforço. Então isto já dá um suporte pra gente. Pra começar ter independência (...) Por que se for por si só pelo paciente ele não quer sair da cama. Não tem aquela força de vontade. Aquela ajuda ali. De falar assim: Eu vou conseguir levantar (...) E sempre vai ter uma técnica ou outra que é o contato, a troca dos profissionais que vão. Um diz: Pega desta forma vai ser melhor. Não vai. E isto ajuda realmente o trabalho da gente.” (RCenf)

Durante o processo de investigação foi interessante perceber que os profissionais de nível universitário quase não citavam os auxiliares de enfermagem em suas falas. Foi possível identificar que havia uma invisibilidade desses trabalhadores. Também para esta pesquisadora a princípio, estes trabalhadores não seriam sujeitos da pesquisa e não eram visíveis. À proporção que fui acompanhando o trabalho na unidade percebi como são intensos e atuantes diretamente no cuidado do paciente e ganharam visibilidade neste estudo. A conversa com os auxiliares foi “viva” e permitiu acessar muitas questões do cotidiano do trabalho, pois na rotina diária da enfermaria são estes profissionais que “tocam” o trabalho.

Para Silva e Peduzzi (2005), os auxiliares de enfermagem executam quase, exclusivamente, ações assistenciais e apresentam pouca visibilidade e valor na divisão social do trabalho. Esses agentes ocupam-se de atividades que respondem à necessidade social de cuidados e, nesse sentido, são imprescindíveis ao bem-estar e ao enfrentamento do sofrimento, da dor e dos agravos à saúde, mas são pouco reconhecidos socialmente. Avila (2013), em sua pesquisa sobre o pessoal de enfermagem conclui que a visibilidade da enfermagem está relacionada à trajetória histórica da profissão.

Em 1976, durante a 61ª Conferência da Organização Internacional do Trabalho, foi apresentado importante documento que tratava das condições de vida, trabalho e emprego desses profissionais. Discutiu-se na época as condições insatisfatórias do trabalho de enfermagem relacionadas a fatores como extensas jornadas de trabalho, ausência de períodos de descanso, plantões aos domingos e feriados sem justa compensação, períodos de trabalho incômodos ou fatigantes e o fato da equipe de enfermagem não ser ouvida quanto ao planejamento e à tomada de decisões acerca da prática profissional, do ensino e das condições de trabalho. Sabe-se que esses problemas permanecem até hoje ou foram até mesmo agravados pela crise socioeconômica e pelas recentes transformações do trabalho que vêm interferindo direta e negativamente na saúde dos trabalhadores (RAFFONE, 2005).

Nas observações e rodas de conversas com os auxiliares, incluindo de outras enfermarias, foi possível perceber que as condições de trabalho são difíceis e que em suas atividades devem “obedecer” às prescrições médicas e ordens da enfermeira, sendo chamados para fornecer algumas informações dos pacientes mas raramente são “lembrados” como integrantes da equipe que podem trazer importantes contribuições no cuidado.

Em relação a inserção do profissional médico no trabalho em equipe muitas questões são apontadas pelos demais profissionais. Aparece de forma significativa que a maioria dos médicos interage pouco com os demais profissionais, em geral se comunicando apenas com a enfermeira.

“(...) A relação com os médicos depende muito. Tem uns que são simpáticos, que são mais acostumados. Tem uns que nem bom dia te dá. Muitos só falam com a enfermeira. Aí no caso que não tenha, aí no caso tem que falar com a gente, porque na verdade tem que falar com alguém. Tem uns que nem bom dia dá. Mas tem uns que são bonzinhos.” (RCenf)

Apontam que é bastante difícil encontrar os médicos na unidade decorrente da forma de organização em equipes de especialistas que “passam” visita nos casos de sua especialidade distribuídos em diferentes unidades. Há pouca disponibilidade para o trabalho com os demais profissionais, em geral:

“(...) Ele (médico) não faz parte da equipe. Ele (médico) está sempre fora (...) Eu já trabalhei em dois hospitais que os médicos se sentiam parte de uma equipe, um foi até aqui na baixada santista. Tem uma diferença muito grande. Aqui eles tem esta cultura de que o

paciente é deles, são eles que trazem o paciente pra cá (...) e não são do hospital? (...) aí vamos todos cuidar juntos porque o foco é o paciente? Não, o foco é o atendimento dele (médico).” (RCprof)

“(...) Você coloca um médico X na parede do quadro de pacientes da unidade. Este médico nunca aparece. Cada dia é um médico diferente. Então cadê o meu médico? E o médico é o maestro de todo este atendimento. O médico precisa ser ouvido e ouvir toda a equipe. Porque é ele que direciona. Não adianta. Ninguém vem no hospital procurar uma fisioterapeuta. Ele vem procurar o médico. É este médico que direciona todo o nosso seguimento, todo o nosso trabalho.” (Eas3)

Observei vários papéis dados aos médicos indicando sua centralidade. O médico é considerado a figura principal da equipe: ator principal, maestro, agregador, o que detém o poder, enquanto o restante dos profissionais buscam conquistar seu espaço. Historicamente o hospital é considerado um lugar do saber médico.

“(...) No momento em que o trabalho da equipe acontece os atores envolvidos sentem-se seguros, pois entendem que estão sendo olhados com cuidado múltiplo, embora a figura principal seja sempre o médico, a equipe técnica está buscando seu lugar (...)” (Epsico2)

“(...) Ele seria o agregador. Você vê, por exemplo, a Dra J. da oncologia. Ela é uma agregadora. Ela faz toda a equipe que trabalha com ela atender o paciente como um todo. Está junto (...) Aqui nós temos alguns problemas. Por exemplo, eu como assistente social não posso acionar o fisio para atender o paciente. Eu como assistente social não posso chamar a psicologia pra atender o paciente. Inclusive é dado este poder ao médico na Santa Casa. A enfermeira que é quem está mais próxima ao paciente, ela não tem a autonomia de chamar nenhum de nós. Quando ela chama ela tem que se justificar perante o médico (...) Aí que a gente fala que ele é o maestro. Porque a família quando chega ela vai ouvir quem? Você pode ser uma excelente fisioterapeuta, acabou de fazer todos os cursos. Mas a família quer a opinião médica. Porque vai por esta máscara? Então se o médico entendeu porque você pôs a máscara ele vai falar pra o paciente e família: Nossa fisioterapeuta tem autonomia e colocou a máscara porque ela sabe, ela conhece a sua história. Agora chega o médico e diz: Eu não sei por que a fisioterapeuta entrou. E isto a gente ouve aqui. Aliás, entre eles não sabem o que fazem.” (Eas3)

O médico na estrutura da Santa Casa é o único que pode solicitar a avaliação dos demais profissionais. A enfermagem, os outros profissionais da equipe não possuem autonomia para demandarem avaliações de outras áreas mesmo. Nos depoimentos os diferentes profissionais se ressentem da pouca valorização dos seus trabalhos pelos médicos “(...) *Eles acham que são os atores principais e o resto é coadjuvante, entendeu?(...) Não se pergunta: o que você sugere? O poder é dele (médico). Ele (médico) manda fazer e pronto.*” (RCprof).

O médico tem o lugar de “grande autoridade”, no entanto, percebem que não conhece as rotinas, os processos e os diferentes profissionais que atuam no hospital:

“(...) Muitas vezes o médico não conhece nem as rotinas do hospital (...) Existem estas dietas, existem estes procedimentos, existem estes profissionais, existem estas rotinas a serem feitas. Às vezes o médico não conhece (...) Porque ele está aqui e está em vários outros lugares. Ele deixa na mão do residente. E não existe uma cultura de se divulgar também na Santa Casa: olha o meu setor é assim, funciona desta maneira. Porque a gente tem um grupo grande de médicos. Eles não são obrigados a saber como o hospital funciona.” (RCprof)

O modo de organização do trabalho médico, por grupos de especialidades, contribui para o desconhecimento dos profissionais e também dificulta o controle sobre o seu trabalho. A autoridade do seu saber se transforma também em uma autonomia administrativa. Os demais profissionais percebem que não podem recorrer a uma coordenação, que tenha autoridade perante aos médicos para intervir quando não “acompanham adequadamente os pacientes” ou ocorrem problemas relacionados ao cuidado prestado.

“(...) Mas eles não tem interesse. E se você ouve uma queixa de um paciente. Olha, o meu médico não passa, ele me abandonou aqui. Cadê a diretoria clinica? Por isso que eu digo que você não tem apoio. (...) É um problema sério. Então eles não vêm com esta coisa de cultura. Ah, vamos participar, vamos fazer parte da equipe. Eles não são da equipe. (...) Parece que a equipe está à disposição deles. Eu preciso agora de uma dieta. Chamo a nutricionista. Como se o médico estivesse em frente a uma prateleira” (RCprof).

Assim, a principal comunicação entre o médico e os demais profissionais ocorre via prontuário eletrônico do paciente. No entanto, como já abordado anteriormente, as

informações quando registradas, frequentemente não são lidas pelos médicos ou se constituem numa comunicação efetiva.

Na investigação, os profissionais identificam entraves e desafios importantes para um trabalho integrado em equipe tais como: questões pessoais, cultura organizacional, formação profissional, ética e respeito, espaço físico foram citados. No trabalho em equipe há o enfrentamento de tensões decorrente das relações entre categorias profissionais diferentes e que possuem diferentes valorizações sociais diferentes e se traduzem em relações hierárquicas de poder. É preciso enfrentar essas questões bem como lidar com a subjetividade envolvida no trabalhador.

Faltam momentos de conversa e discussão, não há reuniões regulares entre os profissionais da equipe, mas o trabalho acontece. Diante da ausência de reuniões formais da equipe para se discutir um caso clínico aliado às dificuldades em se estabelecer uma rotina institucional para legitimação de espaços de trocas, os profissionais se articulam por meio de redes informais e parcerias, através de conversas nos corredores.

“(...) Aqui a gente faz com as parcerias. Tenho parceria com a fisio que a minha camarada, com a fono, com a nutri, mas se sair às vezes fora desta, daquela e daquela aí já não tem. (RCprof)

“(...) E aqui a cada dia as pessoas estão mais fechadas na sua casinha (...) estas parcerias que a gente tem. Eu vou e vejo um paciente e falo: Fisioterapia, o que pode ser feito aqui? São as redes informais. Chega lá e fala: Doutor, por favor, este paciente não está legal. Que tal a psicologia? Mas pra que? Vai ficar dependente do hospital. Mas ela pesa 190 quilos. Ela não vai melhorar se a gente não trabalhar a parte emocional dela. Não, a gente faz um regiminho com a nutricionista e tudo bem. Tem que convencer o médico. Então é esta rede informal (...) Então nestas redes informais são as parcerias que a gente faz no dia a dia, que aqui na Santa Casa tem muito, muito.” (Eas3)

Surgem depoimentos de algumas experiências de trabalho conjunto, propiciadas pela residência multiprofissional, que resultaram em intervenções de sucesso, e produziram vivências marcantes da potencialidade de um trabalho em equipe centrado no cuidado do paciente, como explicita a fala abaixo:

“(...) A articulação das ações facilita a interação dos profissionais. A busca pelo conhecimento é estimulada quando se atua em equipe. A troca de informações promove o “estar aberto” às novas vivências. Estimula o anseio por novas mudanças alavancadas pelo inconformismo, muitas vezes experimentado no dia a dia do trabalho. Promove a reflexão de cada profissional acerca sobre seu papel. O que está fazendo? Como está fazendo? No que está errando? Enfrentamento de novos desafios, muitas vezes quebrando regras e receitas prontas, de como realizar suas ações. Permite a construção de uma rede de comunicação e troca de ideias, informações, opiniões, sugestões, contribuições e planejamento de ações mais efetivas, assim como dúvidas, críticas e a possibilidade de divergir. Oportuniza troca de vivências e experiências nas diferentes especialidades e suas peculiaridades, onde todos os integrantes da equipe possam dialogar e interagir. A comunicação passa a ser percebida em dois momentos: o primeiro à perspectiva daquele que fala e segundo à perspectiva daquele que ouve. Promove respeito e humildade, isto é, passamos a respeitar o outro e a ser respeitados por eles, não só pela área de atuação que cada um atua e ocupa na equipe, mas também pela pessoa que é. Aproximação da equipe pelas trocas e conseqüentemente para o estabelecimento da confiança recíproca entre os profissionais da equipe – parcerias.”
(Epsico3)

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003).

Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre

autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do paciente (MERHY, 2002).

Interessante notar que se os modos de organização e gestão do processo de trabalho se não determinam totalmente como é realizado o trabalho dos profissionais de saúde tem um papel significativo para potencializar ou dificultar um cuidado mais adequado e, conseqüentemente, diminuir ou aumentar a sobrecarga e o sofrimento dos trabalhadores.

Vamos a seguir nos debruçar mais nas questões do cuidado aos pacientes.

A Produção do Cuidado

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor, nem o contribuinte, nem o médico, nem a enfermeira, nem o secretário; a individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida, o enfermo.”

Goldwater

Uma cena de cuidado?

“Me detive no Leito 34 do senhor J. M. P. Este me chamou mais a atenção, pois recebeu a visita de vários profissionais. Cheguei à conclusão que eram alunos internos do quinto ano do curso de medicina da UNIMES. Primeiramente ele foi abordado por duas moças e três rapazes que fizeram várias perguntas sobre sua doença, história da internação, etc. Posicionei-me ao lado e ouvi o paciente realizar seu relato para eles. Uma das moças ia anotando tudo. Ficaram ali por mais ou menos quinze minutos. Retiraram-se do quarto. Logo após a saída deles entrou uma médica que fez novas perguntas: - O senhor foi bem atendido no pronto socorro da zona noroeste? Sentiu alguma coisa com a medicação que foi dada lá? Está sem dor no momento? O senhor já tinha pressão alta? Tinha diabetes? O senhor fuma? - Apenas quando foi examiná-lo ela se apresentou como uma das médicas da equipe da cardiologia. Não disse seu nome, nem se apresentou inicialmente. Realizou a ausculta, apalpou seu abdome e após o exame se retirou do quarto.

Após cinco minutos retornam então, os mesmos alunos do início, acompanhados de mais dois rapazes, uma moça que chegou atrasada e um senhor que percebi era um

professor. Posicionei-me ao lado do leito aonde pude observar as feições dos visitantes e do paciente. O paciente sentado à beira do leito observa o que está acontecendo. O professor se coloca ao lado do leito e sem ao menos cumprimentar o paciente inicia sua aula dizendo: e aí doutores, o que temos neste caso?. Uma das alunas, a que anotou tudo, começa a relatar a história colhida na conversa inicial com o paciente e tenta por várias vezes envolver o paciente no relato, para que este contribua com informações naquele momento, mas é sempre cortada pelo professor que conduz a discussão/aula para um caminho totalmente técnico, ignorando o paciente sentado no leito. Uma aula excelente de Infarto Agudo do Miocárdio Clássico! Ele prossegue: Indivíduo refere dor forte no peito irradiada para o braço, pode relatar náuseas, vontade de urinar e ou evacuar. É encaminhado ao pronto socorro. Que drogas devem ser administradas? Os bloqueadores? Os anticoagulantes?... Percebo que o professor sabe “tudo” do assunto e vai colocando várias possibilidades de evoluções do quadro, citando o que fazer e o que não fazer em cada sintoma do paciente. Inicia falando da questão anatômica e fisiológica da doença. Cita os ramos de irrigação do coração do paciente e já diagnostica que provavelmente ele teve um infarto do ramo da circunflexa anterior. Mostra os exames. O laudo do eletrocardiograma está errado! Não concorda! Pergunta: O que podemos ver na radiografia?

Durante esta explanação técnica observo o paciente que faz feições ora de espanto, ora de alívio, ora de medo e insegurança. Ele não é convidado a participar da aula. É apenas um modelo para a aula. Apesar de ser o foco e assunto da discussão não faz parte. O professor continua: “Porque temos que realizar o ecocardiograma neste momento? Vão mudar as informações que já possuímos? Doutores, o que vamos prescrever para este paciente?” Ele então dá uma aula detalhada de cada droga utilizada. A aluna descreve o que está prescrito que bate com o que o professor falou. “Mais alguma informação?” Timidamente a aluna refere que o paciente era fumante desde os 16 anos. Neste momento (único) o professor se volta para o paciente e diz: “Precisa parar com isso, não é chefe?” Sem que dê tempo ao paciente para responder ele se volta aos alunos e continua sua aula. Fico pensando: Esta não é uma informação importantíssima sobre o estilo de vida deste paciente? Não influenciará no tratamento? Não seria um ótimo momento para incluir o paciente na discussão das possibilidades terapêuticas e de como é importante a aderência deste paciente às propostas terapêuticas? O professor termina sua aula e convida os alunos para a apresentação dos seminários que aconteceria logo a seguir em outra sala. Apenas três alunos agradecem e se despedem do paciente. (DC 29/10/13)

Esta cena que presenciei foi chocante demais para mim, pois percebi que paciente estava sendo usado apenas como mero modelo para o ensino. Percebi a angústia do paciente ao não ser informado de seu quadro clínico e das possibilidades de tratamento. Abaixo transcrevo um pouco da nossa conversa:

- *Senhor J., o senhor entendeu alguma coisa?*
- *Não entendi nada. Ele falou grego*
- *Ele é o seu médico?*
- *Não, ele é o professor. Sabe muito. Viu como ele falou que o meu exame estava errado? Eu sabia que havia algo errado.*
- *O que o senhor acha que vai acontecer agora?*
- *Eu acho que, pelo o que ele falou, eu estou de alta.*

Fiquei estarecida com esta situação e no outro dia de manhã voltei para conversar com o Sr. J novamente. Nesse dia ele me contou que havia dito para sua esposa que tinha virado um “*boneco de estudo*” e me falou dos seus receios por não saber o que iria acontecer com ele a partir de então.

A analisar a “visita aula” percebi que transcorreu sem maiores investigações a respeito da situação de vida do Sr. J ou de algum acontecimento que pudesse eventualmente estar associado com a sua internação. As falas giraram em torno dos sintomas clínicos e da fisiologia da doença. Podemos dizer que esta cena expressou bem que os profissionais tem dificuldades em considerar na análise das queixas dos pacientes questões relacionadas a sua situação e dinâmica de vida. Assim, fatores sobre o momento de vida do Sr J que pudesse estar associado aos seus sintomas, ao descontrole de sua doença ou dificuldade de adesão ao tratamento não foram investigados. O objetivo era identificar “a doença localizada no corpo”.

Mesmo os profissionais médicos com compromisso e responsabilização pelo paciente e que apresentam como ideal de prática oferecer uma atenção integral ao doente, e não à doença, demonstram dificuldades de considerar a subjetividade e singularidade de cada paciente no processo diagnóstico-terapêutico, de pensar em outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento (CAPOZZOLO, 2003).

Assim como os médicos, cada área profissional tende a recortar sua abordagem e as intervenções ao seu núcleo profissional e também apresenta dificuldades para abordagens que considere as diferentes dimensões envolvidas no processo saúde-doença-cuidado. Ao não

considerarem as condições de vida, a cultura, os valores, as dimensões subjetivas, as intervenções profissionais em saúde tendem a ter pouco diálogo tendem a ser prescritivas e dialogarem pouco com quem demanda cuidado (HENZ, CASETTO, CAPOZZOLO, 2014).

As características da organização do processo de trabalho neste hospital como apresentamos anteriormente, não contribuem para o cuidado. O paciente não sabe quem é o médico responsável pelo seu atendimento e não tem informações sobre os exames e procedimentos que vão ser realizados, de como está evoluindo o seu problema de saúde, quais são as perspectivas de cura entre outras questões. Todos os dias, são médicos diferentes passam visita. Vários apontaram que se um médico diarista que acompanhasse os pacientes internados todos os dias poderia contribuir para garantir uma continuidade do atendimento. A fragmentação do cuidado, entre diferentes especialidades médicas e entre diferentes profissionais é considerada bastante problemática:

“(...) Falando na questão integral, não é só da integralidade como equipe de termos integral do paciente, multiprofissional. Não, tem a questão assim, eu sou ortopedista, então eu to vendo aqui este pé quebrado, só que o cara tá muito tempo deitado, ta com uma pneumonia, ele é diabético também, ta começando a desenvolver uma pressão alta, então eles não querem saber, eles veem aquela parte ali, então você vai conversar sobre a dieta, sobre uma alteração, um suplemento, qualquer outra coisa que seja, ah não mais então, só to vendo esta parte. Não é melhor você falar com outro médico? (...) É o esquitejador. Cada um só vê tal parte. Não tem uma visão integral. (...) mas eu vou conversar com alguém sobre isto, eu vou conversar com a equipe. Não existe isso.(...) Já é dividido por setores. Já é cada um no seu quadrado. (RCprof)

As ações dos profissionais como já dissemos anteriormente, são estabelecidas a partir da prescrição médica diária. Algumas vezes o paciente não reconhece o cuidado dado pela equipe, apenas visualizando o médico.

“(...) O paciente, aquele que se recupera, ele não sente que este cuidado foi dado pela equipe. Não, foi dado pelo médico, sempre o reconhecimento é pro médico. (...) Raramente.(...) Mas geralmente é o médico. Tem um ou outro que vê este cuidado. (...) Porque ele não presta atenção que o médico vem, passa a visita, prescreve e vai embora. Quem está ali com ele dia a dia é a gente. (...) Eles não tem paciência e entendimento pra isto

aí. (...) Mas é uma cultura geral de todos os pacientes. Até em outros hospitais também a gente vai e se tem uma festinha lá...geralmente é o médico que está mais destacado” (RCenf)

No cuidado dos demais profissionais, o número insuficiente de pessoal, a sobrecarga, a insatisfação, a angústia e os sinais de estresse e de cansaço físico e mental manifestam-se. Os profissionais se desdobram, mas não conseguem realizar todas as atividades previstas, atender a toda a demanda. Apesar da rotina intensa há a sensação de serviço inacabado, incompleto. E as cobranças são constantes.

“ (...) Você vive num eterno conflito. Porque ao mesmo tempo que você sabe um monte de coisa, que você tem que fazer um monte de coisa, você tem que estar ali, você tem que estar em outro lugar. Estão te chamando. Então assim, é muito complicado você querer fazer as coisas (...) certas.” (RCprof)

O clima de urgência e emergência aliado a carga de trabalho pesada, a cobranças constantes, produz muitas vezes este sentimento de incapacidade, levando a desgastes físicos e emocionais gerando frustrações e, muitas vezes, desmotivações nestes trabalhadores. O dia a dia na rotina hospitalar leva a conviver com a vida e a morte a todo instante, produzindo situações de estresse emocional constantemente. Muitas vezes, o profissional encontra maneiras para se proteger a este sofrimento vivenciado produzindo certo distanciamento das necessidades do paciente.

“(...) É comum perceber a equipe manifestando certo sofrimento ao lidar com questões do paciente que transparece a fragilidade humana, intensos processos álgicos e contato com a morte do mesmo, mas uma vez presente nele, gera um incômodo na equipe que tenta ser evitado. Notamos isso em atitudes mais distanciadas e “frias”, quando a equipe se distancia tanto do paciente, que torna-se incapaz de atender suas necessidades mais básicas. Esse cuidado que interfere no trabalho em equipe, transparece quando a equipe fica “cristalizada” em atitudes distanciadas de olhar o paciente em sua integralidade.” (Epsico1).

Podemos pensar que parte das dificuldades de escutar os problemas que os pacientes trazem, em oferecer mais espaço para falarem, talvez seja também decorrente das dificuldades dos profissionais entrarem em contato com questões que trazem sofrimentos, sem vislumbrarem possibilidades de intervenções sobre os problemas. É importante ressaltar que a

necessidade de qualificar a escuta não se refere apenas ao médico, mas aos diversos profissionais da equipe.

“(...) O grande facilitador continua sendo o ser humano. O paciente quando ele é bem acolhido, bem recebido no hospital toda a internação dele funciona melhor. A porta de entrada, quem é? O segurança, a recepção, a internação, o médico. Esta é a porta de entrada de um paciente no hospital. A enfermagem entra? Entra depois de tudo isto. Então, se o médico demorou pra atender, se a recepcionista foi ríspida, se não soube dar uma informação coerente, isto dificulta muito o trabalho, o entender o que o paciente quer. Porque hoje o que eu vejo na Santa Casa é uma dificuldade de escuta. O ouvir o que o outro quer. Então você deduz o que o paciente quer, e não ouve o que o paciente está pedindo, nem o que a família está pedindo. Então o grande facilitador é melhorar a escuta do nosso paciente.” (Eas3)

Abrir o canal de escuta é muito importante. Destacam-se como facilitadores do cuidado: a escuta e o acolhimento. Cuidar não é uma intervenção de uma técnica específica.

“(...) Então eu acho que o que muda ainda são seres humanos. Seres humanos cuidando de seres humanos. A proposta de mudança é esta. A gente escutar, a gente acolher. Você ver o paciente nervoso e tentar achar um caminho pra ajudá-lo no que ele quer não no que a gente quer. E estar sempre disposta a orientar e reorientar os nossos pares e os não pares. (...) E pacientes em algumas alas se sentem muito acolhidos por pessoas, não pela Santa Casa, mas por pessoas.” (Eas3)

Nas rodas de conversa todos demonstraram muita vontade de se fazer o melhor pelo paciente, mas foi unânime a avaliação que as condições de trabalho oferecidas limitam essa possibilidade. Esta percepção foi tanto os auxiliares de enfermagem quanto os demais profissionais que se sentem incapazes de cumprir com as metas e demandas existentes. As pessoas tem boa vontade, mas as unidades estão com grande número de pacientes e com poucos funcionários sobrecarregados.

Outra questão que surgiu nos encontros foi que o vínculo empregatício em regime CLT traz dificuldade em problematizar as condições de trabalho, pois que não podem falar tudo o que pensam. Sentem-se ameaçados e acabam por que aceitar condições que não são

adequadas, com receio de serem mandados embora. Essa pressão é mais sentida pelos auxiliares de enfermagem.

Diversos estudos destacam que a atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros. A equipe de enfermagem em especial, por sua própria natureza e características de seu trabalho, revela-se suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional em decorrência da responsabilidade pela vida e a proximidade com os clientes para os quais o sofrimento é quase inevitável (MENEHINI, PAZ, LAUTERT, 2011; PASCHOALINI, 2008).

Há diferenças entre as categorias profissionais em relação ao desgaste. A equipe de enfermagem integra a das parcelas de trabalhadores de saúde que estão, cotidianamente, mais expostos a cargas de trabalho, ou seja, a exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho que geram, ao longo do tempo, o desgaste das capacidades vitais do trabalhador (BECK et al, 2006).

Pude ouvir profissionais do setor de enfermagem de outras unidades e constatei que a situação é semelhante. A sobrecarga e o desgaste enfrentados pelos profissionais indicam a necessidade de rever as condições de trabalho a que estão submetidos. Os profissionais percebem que o paciente quer conversar, contar o que aconteceu com até chegar a ser internado. Nas condições atuais de trabalho, no entanto, muitas vezes é difícil oferecer o que mais o paciente precisa: escuta, atenção, poder conversar, passar informações.

O Percurso do Paciente da Internação à Alta

Os pacientes internados na ala em estudo chegam ao hospital após um atendimento de urgência nem sempre satisfatório e por um caminho pela rede de saúde não muito fácil. Permanecem menos tempo internados, o que na percepção dos auxiliares de enfermagem dificulta, muitas vezes, a relação com o profissional da enfermagem que os recebem, considerando este paciente mais exigente em suas solicitações.

“(...) às vezes eles vem um pouco armados, né. Eles ficam muito tempo no PS. Às vezes eles não recebem um bom atendimento então eles vem com esta ideia de lá, então até

eles se acostumarem e verem que aqui é outro ritmo, outra realidade. (...) O paciente às vezes é muito exigente.” (RCenf)

O cuidado deveria ser realizado em rede conforme preconiza o SUS. Por ser esta uma unidade de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, esta enfermaria recebe pacientes vindos dos prontos-socorros da região, aonde tiveram o primeiro atendimento. Após este atendimento emergencial, se for necessário uma internação, eles serão encaminhados para os hospitais contratualizados da região, conforme vaga disponível. A escolha não é do paciente, mas segue uma fila controlada pela Central de Vagas.

Procurando compreender esta entrada no hospital por meio de vagas já contratualizadas, perguntei aos pacientes sobre o caminho percorrido na rede de cuidados em saúde até a chegada ao hospital e constatei que este percurso através e nos diferentes serviços nem sempre é fácil e não ocorre necessariamente como está preconizado nas diretrizes do SUS referentes à RUE. Os pacientes tem preferência pela Santa Casa e relato trecho da conversa com pacientes internados para saber o que foi necessário para conseguir a internação:

“(...) O Sr. J me conta que pra conseguir uma vaga é preciso ter conhecimento por fora. É preciso fazer uma “corrida por fora”. Outro paciente neste momento entra na conversa e começa a contar que para conseguir internar seu cunhado foi preciso ir até a secretaria de saúde conversar com o secretário. Segundo ele as vagas até existem, mas a Santa Casa não dá. Seu cunhado tem algum problema no estômago e está sendo acompanhado pelo gastroenterologista Dr. A.” (DC 30/10/13).

Fiquei refletindo sobre esta situação e questionando: é preciso ter um conhecimento para se conseguir uma vaga para internação? Realmente existem preferências? Não existe uma fila controlada pela Central de Vagas? A oferta de leitos é menor que a demanda de pacientes?

“(...) O Sr. J. ele me conta do tempo em que possuía convênio de saúde quando trabalhava numa empresa. Me diz que vivia no pronto socorro com algumas queixas e que na maioria das vezes não era muito bem tratado pelos médicos que sempre alegavam que ele queria apenas atestados para afastamento do trabalho. Mas agora que está aposentado perdeu o direito ao convênio e só tem o SUS e este é melhor que os convênios. Faz

acompanhamento na UBS e rotineiramente passa em consulta com o cardiologista que receitou dois remédios: Losartana e outro que não lembra o nome. Confessa que às vezes se esquecia de tomar os remédios.” (DC 30/10/13)

Já na internação não há diferença no cuidado prestado ao paciente do SUS ou dos convênios e particulares. Porém, como abordado anteriormente, nem sempre é acompanhado pelos mesmos profissionais e médicos até sua alta, o que muitas vezes, gera choque de informações. Falta um planejamento de seu projeto terapêutico da internação à alta hospitalar. Não há um profissional de referência, que assuma inclusive a responsabilidade pela alta, pelas orientações necessárias.

Em alguns casos, há orientações mais gerais, para que após a alta o paciente prossiga em seu tratamento na rede de cuidados, porém a relação com a rede é enfraquecida. Para os que moram no município de Santos, se precisam de acompanhamento ambulatorial existe a alta referenciada que a enfermeira faz, encaminha para central de vagas e a central de vagas agenda a consulta pra este paciente. O paciente tem que voltar na Santa Casa para buscar este encaminhamento.

“(...) Porque você quando tem um paciente na mão não é pensando no hospital, é pensando nele fora do hospital. É o seguimento posterior. Muitas vezes ele não tem nem agendamento. Pra onde ele vai? Não sei. O que ele vai fazer? Também não sei. Então você não prepara. Ah, é uma família complicada. Ele ficou 50 dias internado e no dia da alta você viu que ele era complicado? Você teve 50 dias para ajudar este paciente, esta família a ficar bem de si. Ninguém faz milagres. Mas entender que este idoso com Alzheimer tem que voltar pra casa e ele não é mais o paciente que ela tinha. O pai que não andava, agora é o pai que sai pelado na rua. E é este que ela vai ter em casa e não no que hospital. Então é este trabalhar que é um trabalho de equipe. Por isto que eu falo que o grande acionador é o médico. Que diagnostica. Olha é um Alzheimer em tal fazer. Preciso da equipe pra atender esta família acolher esta família. Porque o Alzheimer hoje é uma das doenças mais graves que existe. Aqui o Alzheimer interna com infecção urinária, interna por tosse, mal estar geral. Aí chama a fisioterapia porque ele está tossindo. Mas não entende que não é a tosse que está incomodando esta família. Ela quer que ele fique internado no hospital e aí ninguém tem problemas. As famílias não querem mais o paciente em casa. Porque todo mundo trabalha. É esta a visão de equipe. A família trabalha. Quem vai ficar com este paciente? Mas o paciente é responsabilidade da família. Sim, mas como o hospital vai educar esta

família a receber este paciente? O que a TO pode contribuir para ensinar este paciente ter o que fazer depois de um AVC e não ficar em casa jogado numa cama fazendo parte da mobília. Este trabalho que deveria ser feito. Este é o cuidado ao paciente.” (Eas3).

Como refere Cecílio e Merhy, 2003 a integralidade no âmbito hospitalar deve ser problematizada em duas dimensões: a integralidade da atenção no hospital resultante de uma multiplicidade de ações e a integralidade tendo como referencia a articulação do atendimento hospitalar com os demais serviços da rede.

Não conseguir ir até a unidade no dia que o sr. J teve alta, e infelizmente não pude conversar com ele mais uma vez. Abaixo transcrevo minhas anotações sobre a conversa com a enfermeira sobre a alta do sr. J.

“Ela me contou que o paciente foi embora bem. Fez angioplastia e recebeu alta hospitalar. Procurou no sistema se havia algum registro de alta referenciada e não encontrou. Geralmente nestes casos o médico já encaminha o paciente para acompanhamento ambulatorial. Permaneci com esta dúvida: Será que o médico o encaminhou para prosseguimento do acompanhamento pela rede?” (DC 06/11/13)

Como comentado anteriormente, a equipe de gestão tem um importante papel em construir estratégias e desenhos organizacionais que contribuam para produção do cuidado. Nos encontros surgiram muitos questionamentos em relação ao papel do gestor na condução do cuidado. É evidente a necessidade de mudanças na filosofia institucional, mas há certo desânimo e descrença que possam ocorrer essas mudanças.

“(...) Acho que é um trabalho de formiguinha. (...) Deve ser uma filosofia institucional. É uma coisa de cima. É uma filosofia institucional que é o que acontece no Einstein. No Einstein existe um momento de treinamento antes desta equipe atender. Mas é uma filosofia do hospital. Ou você começa de cima pra baixo como filosofia institucional e aí você vai mudar chefias. Não mudar de lugar. Mas mudar mentalidade mesmo. Olha, a partir de agora queremos trabalho de equipe. Como é isso? A equipe vai ter que se reorganizar.” (Eas3)

“(...) Eu acho que ainda pra chegar neste nível aqui vai demorar mais uns 500 anos. Só que assim, não necessariamente precisaria ter tudo isto, eu acho que precisaria ter sim uma cultura aonde o nosso foco seria o paciente. Aqui você não percebe isto. (...) Falta

apoio da gestão do negócio. Quem trabalha na ponta que somos nós, temos vontade de fazer, mas não temos condições.” (RCprof)

A percepção é que a gestão opera por leis e normas, não pensando na contribuição de cada trabalhador, de cada profissional no cuidado. A instituição busca cumprir obrigações e metas determinadas pelo Ministério da Saúde ou órgãos de classe, apesar de fugirem de algumas normas mínimas exigidas dando certo “jeitinho institucional”, principalmente no que diz respeito às adequações no número de profissionais em cada área, como explicita a fala abaixo:

“(...) As coisas só acontecem quando vem uma circular e fala: é obrigado a ter isto e aquilo. (...) Senão vai ser multado, vai ser penalizado. (...) Se não for uma coisa assim, vai levando, até não vir ninguém aqui pra reclamar. (...) Acho que a equipe está mais para cumprir normas. (...) Olha, precisa ter o fisioterapeuta, tantos por leito, principalmente na UTI. (...) A pergunta é: tem? Você tem? Tem. Mas funciona? Isto não se pergunta. (...) Cumpriu este tópico. Apenas assinala sim ou não. Tem? Sim. (...) Tem muito acordo. Não é possível. Você está fazendo. Você está vendo que não corresponde ao que precisa.” (RCprof)

Apesar de todas as dificuldades, muitos relatos destacaram que há muitas pessoas interessadas e que realizam um bom trabalho com os pacientes. Nesse sentido, quando percebem que conseguiram cuidar bem do paciente, sentem muita satisfação e com frequência, o paciente agradece pelos pequenos atos cuidadores. Esse reconhecimento alimenta o próprio trabalhador.

“(...) A gente tenta fazer o máximo pelo paciente. Dar um atendimento melhor possível. Só que infelizmente a gente não consegue suprir todo aquele cuidado do paciente, até pela falta de funcionário, né. Às vezes é pouco funcionário pra gente poder suprir todo este cuidado com o paciente. Aí é onde fica mais difícil, mas a gente tenta fazer o máximo.” (RCenf)

A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo, isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves - relacionais - em detrimento das tecnologias duras - equipamentos e saberes estruturados. Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para

estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção (MERHY, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sou mais sensível a mim mesmo ao acompanhar o crescimento do outro, da mesma forma que o músico está mais em sintonia consigo quando se deixa tomar pelas necessidades da música.”

Milton Mayeroff

Uma vez que estou envolvida com este trabalho, sendo uma colaboradora desta organização, local deste estudo, percebo quão difícil, mas desafiador foi percorrer este caminho de análise enquanto pesquisadora. A Santa Casa de Santos faz parte da minha história e trajetória profissional de uma maneira marcante. Ao mesmo tempo em que busquei visualizar de maneira neutra cada situação, pude perceber que sou parte dela para que haja melhorias no cuidado ao paciente. Algumas questões fogem a minha alçada. Mas em outras posso intervir para que pequenas ações provoquem grandes reações.

Os encontros com cada profissional e as rodas as conversas foram muito produtivas. Foram momentos de interação importante com os profissionais. Chama a atenção o fato que dispomos de várias profissões num mesmo ambiente de trabalho com o foco semelhante, mas com dificuldades nas interações. É fato ainda a ausência de momentos de troca, escuta e valorização profissional. E os encontros para este estudo despertaram a possibilidade de que entre nós podemos construir redes de apoio.

É certo que alterações na organização do trabalho e na implantação de uma política institucional mais participativa já fariam muita diferença. Há, sem dúvida, uma preocupação por parte destes profissionais em produzir, oferecer e também participar de um cuidado integral ao paciente, mas parece faltar alguém que faça o papel de agregador e articulador desta equipe.

Na unidade estudada os profissionais não se reúnem para discutir os casos, não há reuniões das equipes. Estas reuniões poderiam constituir um momento ímpar para a integração interdisciplinar e para o gerenciamento do trabalho coletivo, possibilitando uma visão mais

global do doente e o estabelecimento de planos de cuidados mais próximos das necessidades dos sujeitos cuidados.

A prática de reuniões de equipe, as visitas multiprofissionais aos pacientes internados e os estudos de caso podem contribuir para a efetivação de mudanças nas práticas atuais e para a educação permanente dos profissionais de saúde, na medida em que se constituem em momentos de aprendizagem coletiva. São importantes estratégias para a construção de trabalho interdisciplinar.

É importante que existam espaços para conversar sobre o trabalho, espaços de educação permanente visando não só a atualização de temas técnicos, mas principalmente conversar sobre as várias dimensões envolvidas no trabalhado em saúde que inclui a subjetividade do trabalhador. É importante a criação e a manutenção desses espaços de formação.

Considerando a integralidade como eixo articulador na organização das práticas de saúde, ela deve ser central também no contexto do hospital. O conceito ampliado de saúde, a responsabilização, a busca pela continuidade da atenção, a construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde podem ser norteadores da organização do trabalho em saúde dentro do hospital.

Porém, nas práticas de gestão predomina uma visão reducionista de equipe, limitando-se aos agrupamentos de cada especialidade. Percebe-se, que, em decorrência da estrutura organizacional, as equipes trabalham de forma separada, apesar dos esforços dos profissionais para ampliar as relações entre diferentes áreas. O trabalho em saúde exige dos profissionais um maior envolvimento dos saberes de cada área para poder construir algo junto.

A análise do material empírico nos mostra que a integralidade, como um princípio que ganha vida na prática, pode ser mobilizada por um efetivo trabalho em equipe quando diferentes profissionais potencializam suas próprias capacidades e pactuam alvos e estratégias. Nesse entendimento, percebe-se que, na busca de uma transformação do modelo assistencial vigente e da produção de práticas de integralidade em saúde, não basta justapor saberes, sendo necessário agir com o outro (SILVA, 2010).

Concordando com Franco e Franco (2012) a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Pensamos que praticar a integralidade, especificamente em sua articulação nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é outro grande desafio para nós, profissionais da saúde e gestores.

A partir da apresentação das questões que surgiram neste estudo para os profissionais que participaram da pesquisa e gestores da Santa Casa de Santos espera-se contribuir para a construção de novos olhares e de ações voltadas à atenção integral do indivíduo no contexto hospitalar e assim, contribuir para produzir mudanças no modo de cuidar nesse cenário.

Persiste como sonho a ser conquistado um trabalho em equipe quando a intervenção dos profissionais será desenvolvida em conjunto, potencializando e fortalecendo os laços entre diferentes trabalhadores, com os usuários, com os familiares e a comunidade, e dessa maneira propiciando a troca de conhecimentos e de experiências e redescobrimo novos caminhos para as intervenções e o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, J. L. F. **Hospital Instituição e História Social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991. 168p.
- AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1997.
- BECK, C. L. C. et al. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 221-307, 2006.
- BECKER, H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo. Hucitec, 1994. 178p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2013.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-5). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- BRASIL. **Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Guia do Conselheiro; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizassus>>. Acesso em: 26 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SCNES. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3548502025752>. Acesso em: 26 fev. 2013.

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

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital. 4a. **Porto-Portugal: Edições Afrontamento**, 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p.589-599, abr. 2011.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO R; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. 232p.

MELO, M. C. H; CRUZ, G. C. Roda de Conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 115, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2015.

FARIA, L; SANTOS, L. A. C. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

FOUCAULTI, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha cuidado integral conceito como fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

- GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKEL, G.; BAUER, M. W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64 – 89.
- GHIZONI, A. C; ARRUDA, M. P; TESSER, C. D. Integrality: the perspective of physiotherapists from a medium-sized town. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 825-837, dez. 2010.
- GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2003.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HENZ, A.O.; CASETTO, S. J.; CAPOZZOLO, A. A. Discursos e Rupturas de Fronteiras na Clínica Comum em Saúde. **TrajEthos**, Montreal, v. 3, n. 2, p.37-49, dez. 2014.
- IVAMOTO, H. S. A Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica. Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos. **Acta Medica Misericordiae** 1(1): 7-10, 1998.
- JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2002.
- LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.
- LIMA, E. G.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 1, p. 84-97, 1999.
- LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antigüidade à Idade Contemporânea. **Notícias Hospital**, v. 4, n. 37, p. 1-30, 2002.
- MARTINS, M. I. C.; DAL POZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 125-146, 1998.
- MENEGHINI, F; PAZ, A. A; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 20, n. 2, p. 225, 2011.
- MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 296 p.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 487-92, 2008.

PEZZATO, L. M; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

PEDUZZI, M; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 108-24.

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

PEREIRA, A. V; ROTENBERG, L; OLIVEIRA, S. S. Relações de Gênero e Interdependências: reflexões a partir de mudanças na configuração hospitalar. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 20, n. 3, 2013.

PINTO, V. B. et al. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, n. 21, 2006.

RAFFONE, A. M; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 669-76, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Métodos Quantitativos e Qualitativos**. São Paulo: Atlas, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica**. Rev. Saúde Pública, v.29, n.1, p.65-74, 1995.

SILVA, A.; PEDUZZI, M. O trabalho de enfermagem em laboratórios de análises clínicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 65-71, 2005.

SILVA, F. G; NETO, J. T. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 113-126, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G; MERHY, E. E; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.113-128.

SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 585-592, 2010.

TONETTO, A. M; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 24, n. 1, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP – Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-UNIFESP/HOSPITAL SÃO PAULO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENÁRIO HOSPITALAR

Pesquisador: Sarita Barbosa Sanches Pereira

Versão: 2

CAAE: 19328513.3.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 443.572

Data da Relatoria: 11/10/2013

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 394.361 de 13/9/2013

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 394.361 de 13/9/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analítico e qualitativo, utilizando a coleta de dados através de observação da pesquisadora e da análise de conteúdos do encontro com os profissionais que compõem a equipe de saúde. O estudo será submetido ao CEP UNIFESP e tem como Instituição Co-Participante a Santa Casa de Santos, onde serão incluídos os participantes da pesquisa. Serão incluídas duas unidades de internação para a investigação. Uma unidade é uma enfermaria geral que oferece leitos classificados de médio e baixo risco, divididos em leitos de retaguarda da neurocirurgia e leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência (RUE), possuindo portanto, em sua maioria, pacientes das especialidades cardiologia clínica, neurologia clínica e neurologia cirúrgica. Mas possui também em menor número, pacientes de outras especialidades como traumatologia, ortopedia, oncologia e clínica médica. A segunda será uma unidade de atendimento mais específico com a internação de pacientes com patologias clínicas e cirúrgicas específicas das áreas da cirurgia cardíaca e tórax.

O estudo terá as seguintes fontes de coleta de dados: Observação da pesquisadora descrevendo a rotina da unidade, espaço físico, características estruturais, número de profissionais e organização do trabalho. Através desta observação será elaborada os tópicos para uma entrevista semiestruturada que será aplicada aos profissionais da Unidade de Internação; Entrevista com a enfermeira gestora da unidade relatando sua visão e conhecimento do perfil e do processo de trabalho da equipe; Entrevista com os demais profissionais da saúde buscando descrever a função e percepção de cada profissional na equipe de trabalho e no desenvolvimento de um trabalho integrado. As entrevistas serão gravadas para facilitar a transcrição na íntegra dos dados. De acordo com os resultados obtidos com as entrevistas semiestruturadas poderá ser realizado um grupo focal a partir das temáticas levantadas.

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais que compõe a equipe de assistência à saúde atuantes nas unidades de internação escolhidas nos períodos da manhã e tarde. Será escolhido um profissional de cada área de atuação que atue diretamente no cuidado do paciente sendo: um médico, um enfermeiro assistencial, um técnico de enfermagem, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um assistente social. Os profissionais responderão à entrevista semiestruturada e poderão ser convidados a participar de um encontro para o grupo focal previamente agendado quando serão abordadas temáticas oriundas das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Conforme parecer CEP. 394.361 de 13/9/2013

Recomendações: não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS ATENDIDAS, DE ACORDO COM OS QUESTIONAMENTOS DO CEP ABAIXO:

QUANTO AO TCLE:

a- no ítem confidencialidade faltou informar que as fitas usadas para a gravação e transcrição das entrevistas, serão destruídas após o encerramento do estudo;

b- adicionar ao final do TCLE a informação de que o documento está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma, devidamente assinada pelo pesquisador, deverá ficar em poder do participante da pesquisa;

c- No TCLE descrever qual será o tempo, periodicidade e duração da entrevista e dinâmica de grupo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

APRESENTADO NOVO TCLE ADEQUADAMENTE, INCLUINDO OS ÍTENS ACIMA SOLICITADO.

Solicita-se adicionar o Roteiro da Entrevista semi estruturada que será utilizada.
PENDÊNCIA ATENDIDA

Anexar carta de autorização das unidades de internação participantes. PENDÊNCIA ATENDIDA

Esclarecer no projeto por quanto tempo os profissionais serão observados antes de participarem da entrevista. PENDÊNCIA ESCLARECIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 01 de Novembro de 2013.

José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

ANEXO 2 - Portaria N° 2.395, de 11 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO****PORTARIA MS/GM N° 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011**

Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 13 out. 2011. Seção 1, p.79-82

ALTERADA PELA PORTARIA MS/GM N° 2.236, DE 01-10-2012**REVOGADA PARCIALMENTE E ALTERADA PELA PORTARIA MS/GM N° 2.809,
DE 07-12-2012**

Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o disposto na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país; e

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com previsão expressa acerca do Componente Hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria. **(VIDE NOVA REDAÇÃO CONFORME PORTARIA MS/GM N° 2.809, DE 07-12-2012)**

Art. 2º O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 3º São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (**VIDE NOVA REDAÇÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.809, DE 07-12-2012**)

III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

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

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

CAPÍTULO II

DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Art. 5º Para efeito desta Portaria, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto desta Portaria, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas nesta Portaria.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

a) cardiovascular;

b) neurologia/neurocirurgia;

c) pediatria; e

d) traumato-ortopedia.

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos nesta Portaria.

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão apresentar, ao Ministério da Saúde, projeto para readequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais).

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma ou por ampliação.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência será a adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados os pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

§ 3º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

§ 4º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

§ 5º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

Art. 8º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão receber incentivo de custeio diferenciado de acordo com a tipologia descrita no Anexo II desta Portaria, observados os seguintes limites:

I - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Geral receberão R\$ 100.000,00 (cem mil reais), como incentivo de custeio mensal;

II - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo I receberão R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), como incentivo de custeio mensal; e

III - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo II receberão R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), como incentivo de custeio mensal.

Art. 9º O requerimento do incentivo previsto no art. 8º desta Portaria observará o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação do enquadramento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e da unidade hospitalar estratégica; e

II - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago à Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; e

III - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviço hospitalares.

Art. 10. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;

II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

III - articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

IV - submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

V - equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;

VI - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:

a) qualificação do cuidado;

b) eficiência de leitos;

c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho;

d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VIII - garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;

IX - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e

X - realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

§ 1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 8º desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 7º desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 8º desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e

monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nos artigos 8º e 10 desta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO III

DOS LEITOS DE RETAGUARDA

Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva. **(VIDE NOVA REDAÇÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.809, DE 07-12-2012)**

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e de longa permanência e de leitos de terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. **(VIDE NOVA REDAÇÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.809, DE 07-12-2012)**

§ 2º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 6º desta Portaria, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

§ 3º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.809, DE 07-12-2012)**

Seção I

Das Enfermarias Clínicas de Retaguarda

Art. 12. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.

Art. 13. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 14. As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local;

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;

X - taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e

XI - Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

§ 1º As enfermarias clínicas de retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 12 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 12 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

Art. 15. Os leitos de enfermaria clínica já existentes e disponíveis para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, poderão ser qualificados, conforme requisitos do art. 14 desta Portaria, para receber o mesmo custeio diferenciado definido para os leitos novos, observada a seguinte proporção:

I - nos hospitais públicos, estaduais, distrital e municipais, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 2 (dois) leitos novos disponibilizados para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências; e

II - nos hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 1 (um) leito novo disponibilizado para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências.

Seção II (REVOGADA CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.809, DE 07-12-2012) Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência

Art. 16. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de longa permanência para retaguarda das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência estarão aptas a receber custeio diferenciado do leito, com diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) até o 30º dia de internação e R\$ 100,00 (cem reais) a partir do 31º dia de internação.

Art. 17. Para solicitação do custeio diferenciado para enfermarias de longa permanência, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - solicitação de habilitação da enfermaria de retaguarda de longa permanência, de acordo com as normas estabelecidas em Portaria específica a ser publicada pela SAS/MS;

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago às enfermarias de retaguarda de longa permanência abertas; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 18. As enfermarias de retaguarda de longa permanência serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria de retaguarda de longa permanência, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos, incluindo a reabilitação;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão à auditoria do gestor local; e

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos.

§ 1º As enfermarias de retaguarda de longa permanência deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 16 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância do prazo previsto no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 16 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

Seção III

Dos Leitos de Terapia Intensiva

Art. 19. As instituições hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS, que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo.

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das UTI será a adequação do ambiente, com vistas à qualificação da assistência, com observância dos pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da ANVISA.

§ 3º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

§ 4º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

§ 5º **(VIDE INCLUSÃO CONFORME PORTARIA MS/GM Nº 2.236, DE 01-10-2012)**

Art. 20. Para solicitação do recurso de investimento previsto no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura de novos leitos de terapia intensiva, de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e

II - apresentação de proposta no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as normas de cooperação técnica e financeira por meio de convênios ou contratos de repasse.

Art. 21. As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI, específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito.

Parágrafo único. A diferença entre o valor real da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal por leito deverá ser custeada por Estados e Municípios, na forma pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 22. As instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 23. As instituições hospitalares que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 24. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de terapia intensiva, novos ou já existentes, descrito no artigo 21 desta Portaria, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de terapia intensiva de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e/ou

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de terapia intensiva ou dos leitos já existentes como "leitos de terapia intensiva qualificados"; e

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos leitos de terapia intensiva novos ou já existentes; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 25. As UTI serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

§ 1º As UTI deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 21 desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 19 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 21 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio diferenciado previsto e regulado nesta Seção, visando à verificação do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO IV

DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 26. Os recursos financeiros referentes ao Componente Hospitalar serão repassados seguindo as seguintes modalidades:

I - os recursos para reforma das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS);

II - os recursos para a compra de equipamentos e materiais permanentes para as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e as unidades de UTI serão repassados fundo a fundo, utilizando-se um dos seguintes sistemas:

a) Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS);

b) SICONV/MS; ou

c) GESCON/MS; e

III - os recursos de custeio serão repassados fundo a fundo.

§ 1º Em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos

e custeio serão imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção monetária prevista em lei.

§ 2º A devolução de recursos repassados será determinada nos relatórios de fiscalização dos órgãos de controle interno, incluídos todos os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e também nos relatórios dos órgãos de controle externo.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por esta Portaria criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por:

- I - coordenador da Urgência/Emergência;
- II - coordenador da UTI;
- III - coordenador das Unidades de internação;
- IV - coordenador da central de internação do hospital; e
- V - representante do gestor local.

Art. 28. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar:

- I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;
- II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;
- VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;

XII - agilizar a realização de exames necessários;

XIII - definir critérios de internação e alta; e

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

Parágrafo único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas.

Art. 29. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias.

Art. 30. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; 10.1302.1220.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 10.302.1220.8933-Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar.

Art. 31. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA

ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$300,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA

I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R\$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%).

Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R\$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R\$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R\$100,00.

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação).

I.II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH- SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ANEXO II

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

Portas de Entrada			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia/ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia/ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

ANEXO 3 – Roteiro de entrevista

NOME:

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

IDADE: _____ ANOS

PROFISSÃO:

TEMPO DE PROFISSÃO: _____ ANOS

TEMPO DE TRABALHO NA SANTA CASA DE SANTOS: _____ ANOS _____ MESES

PERÍODO DE TRABALHO NA SANTA CASA DE SANTOS: () MANHÃ () TARDE

HORAS DE TRABALHO NA SANTA CASA DE SANTOS: _____ HORAS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO QUE TRABALHA NA SANTA CASA DE SANTOS:

DESCREVA SUA ROTINA DE TRABALHO DIÁRIO NA SANTA CASA DE SANTOS:

COMO É O TRABALHO EM EQUIPE NESTA UNIDADE?

O QUE VOCÊ ACHA DESTE TRABALHO EM EQUIPE?

VOCÊ CONSIDERA QUE TRABALHAR EM EQUIPE TRAZ REPERCUSSÕES PARA:

() O PACIENTE () O TRATAMENTO () O ACOMPANHANTE () A EQUIPE

() O HOSPITAL () OUTROS

QUAIS REPERCUSSÕES?

PONTOS FACILITADORES PARA O TRABALHO EM EQUIPE NA SANTA CASA DE SANTOS:

PONTOS DIFICULTADORES PARA O TRABALHO EM EQUIPE NA SANTA CASA DE SANTOS:

TELEFONE E EMAIL PARA OUTRO CONTATO:

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Título do projeto: “TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENÁRIO HOSPITALAR”

2 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa: Compreender como ocorre o processo de trabalho em equipe numa unidade hospitalar em um hospital geral e conhecer as facilidades e os entraves enfrentados nesse processo e suas repercussões entre os membros da equipe e o cuidado ao paciente.

3 – Você poderá ser voluntário participando de uma entrevista semiestruturada e de um grupo focal quando serão abordados temas referentes aos objetivos descritos acima. As entrevistas e o grupo focal serão gravados para facilitar a transcrição na íntegra dos dados. Você participará de apenas uma entrevista com duração de no máximo uma hora e apenas um encontro para o grupo focal com duração de no máximo duas horas. Estes dois momentos serão agendados previamente, respeitando seu tempo disponível;

No grupo focal será discutido conjuntamente questões relacionadas ao trabalho em equipe na unidade de internação, suas dificuldades, facilidades e repercussões no acompanhamento do paciente.

4 – Os riscos esperados são mínimos: constrangimentos;

5 – Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo de caso descrevendo a importância e as dificuldades em se trabalhar em equipe no cenário hospitalar;

6 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Sarita Barbosa Sanches Pereira, que pode ser encontrado no endereço Avenida Dr. Claudio Luis da Costa, 50 – Santos – São Paulo, Telefone (13) 32020600 Ramal 269. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br

7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à você;

8 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante, além disso, as fitas de gravação utilizadas para gravação e transcrição das entrevistas serão destruídas após o encerramento do estudo;

9 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

10 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

11 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas;

12 - O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “TRABALHO EM EQUIPE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM UM CENÁRIO HOSPITALAR”. Eu discuti com a Dra. Sarita Barbosa Sanches Pereira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Este documento foi elaborado em duas vias, das quais uma, devidamente assinada pela pesquisadora ficará em poder do participante da pesquisa.

Assinatura do participante

Data / /

Assinatura da testemunha

Data / /

para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /