

**ROSELI DA COSTA OLIVEIRA**

**A GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NO MODELO  
ASSISTENCIAL EM DEFESA DA VIDA  
A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL  
DE BETIM**

***CAMPINAS0***

***2001***

**ROSELI DA COSTA OLIVEIRA**

**A GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NO MODELO  
ASSISTENCIAL EM DEFESA DA VIDA  
A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL  
DE BETIM**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADORA:** *Prof<sup>a</sup>. Assistente Dra. Solange L'Abbate*

**CAMPINAS**

**2001**

## ***DEDICATÓRIA***

*Aos meus filhos, Gabriel e Maiara, por significarem muito da minha alegria de viver, me ensinando muitas coisas e ajudando a manter acesa a chama que nos impulsiona a lutar pelos nossos sonhos.*



## **HOMENAGEM**

*Ao Wanderlei da Silva Bueno por ter despertado tanta inspiração na equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Ele que foi mestre em edificar, juntamente com os gestores locais, cada tijolo que serviu de base para a bela construção do Sistema de Saúde de Betim, no período de 1994 a 1997.*



## ***AGRADECIMENTOS***

---

À Dona Celeste, minha mãe, guerreira de primeira linha, que me ensinou a lutar e a perseverar na conquista dos meus objetivos, sem que transgredir os princípios morais e éticos essenciais à humanidade.

Ao Ademir, meu companheiro na vida, que sempre me apoiou e incentivou na concretização deste mestrado e no meu crescimento profissional.

Ao Professor e companheiro Raimundo Árias que me incentivou a cursar a residência de Medicina Social, e aos amigos do movimento estudantil (Yuri Ichiara, Sérgio Carneiro, Mário Cabral, Isabel Nascimento, Fernando Barros e Rômulo Paes) da UFPA, pelo estímulo e compartilhamento dos anseios por uma sociedade mais justa e pela conquista do direito a uma saúde pública de boa qualidade.

À companheira do Partido dos Trabalhadores, Maria do Carmo Lara Perpétuo, Prefeita de Betim (1993-1996), com quem eu tive o privilégio de trabalhar na coordenação das Unidades de Saúde e na implantação do Hospital Público Regional de Betim.

Aos companheiros de trabalho da direção da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, na gestão 1993-1996, especialmente à Conceição Aparecida Pereira Resende, Secretária Municipal de Saúde, e aos demais colegas do colegiado de direção: José Luiz Rodrigues, Gilberto Reis, Raimundo Loyola Júnior, Maria Moema, Kátia Mara e Carlos de Antônio, com quem partilhamos nossas preocupações e nossos sonhos de um SUS que acolha e atenda os cidadãos com dignidade.

Aos funcionários do Hospital Público Regional de Betim, especialmente os da Unidade de Sistematização das Informações Hospitalares, pela paciência em procurar e disponibilizar os prontuários para pesquisa.

À Gerente, Dra. Alessandra Lúcia Lima Andrade, e funcionários da Unidade de Pediatria, pela atenção e paciência com que colaboraram respondendo às minhas solicitações de informações.

À Nelma de Freitas Jorge, pela tarefa competente de transcrição e digitação das entrevistas e por todo o apoio administrativo dado na fase de edição e impressão deste trabalho.

À June e ao Sérgio, por terem me acolhido em sua casa nas minhas viagens à Campinas, com o toque da hospitalidade mineira.

À Solange L'Abbate, minha orientadora, que me motivou nos momentos de desânimo sempre me acolhendo com carinho em Campinas, e acima de tudo, me ajudou a trilhar o caminho da descoberta do conhecimento.

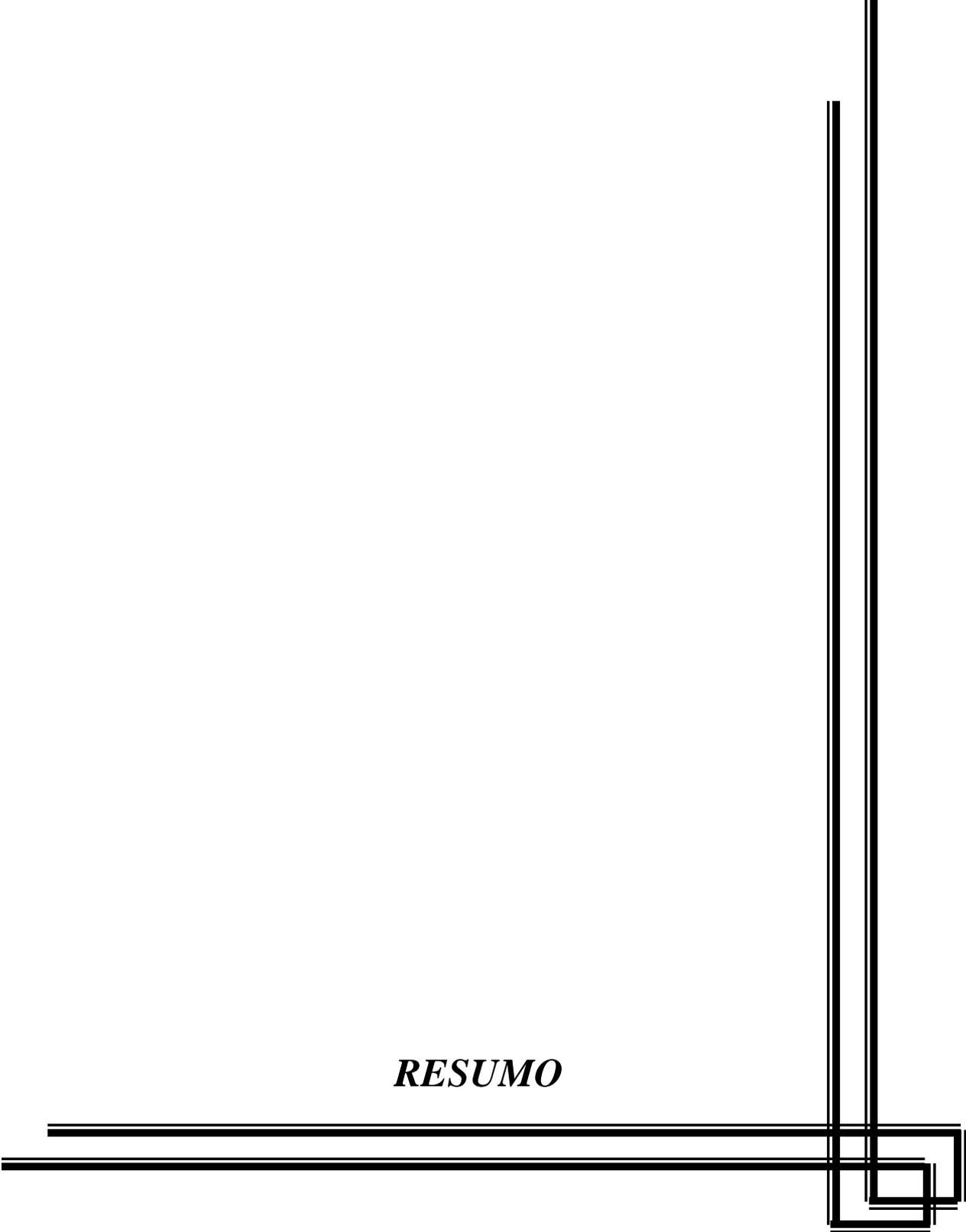
## SUMÁRIO

---

	<i>Pág</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxiii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	<i>27</i>
1.1- A Definição do problema.....	<i>32</i>
1.2- Formulação de hipóteses.....	<i>45</i>
1.3- Justificativa.....	<i>46</i>
1.4- Referencial Teórico.....	<i>47</i>
1.4.1- O processo de trabalho em saúde.....	<i>47</i>
1.4.2- O trabalho médico.....	<i>50</i>
1.4.3- Sujeito e subjetividade.....	<i>52</i>
1.4.4- A autonomia dos trabalhadores.....	<i>55</i>
1.4.5- O poder e o saber nas instituições.....	<i>57</i>
1.4.6- A gestão do processo de trabalho.....	<i>60</i>
1.4.7- O trabalho em equipe e a questão das disciplinas.....	<i>64</i>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<i>75</i>
<b>3- MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<i>79</i>

<b>4- RESULTADOS</b>	87
4.1- Caracterização da unidade de pediatria.....	89
4.2- Apresentação do caso clínico.....	90
4.3- Análise de prontuário.....	91
4.4- Análise do conteúdo das entrevista.....	93
<b>5- CONCLUSÃO.....</b>	181
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	197
<b>7- OBRAS CONSULTADAS.....</b>	203
<b>8- ANEXOS.....</b>	211

*RESUMO*



Este trabalho é o produto de um grande envolvimento profissional com o tema da organização do processo de trabalho na área da saúde e de um compromisso político com a concretização do Sistema Único de Saúde. A partir de uma história pessoal de inserção em vários níveis de gerenciamento no sistema público de saúde, nos instiga particularmente o desejo de aprofundar os conhecimentos e tentar responder uma pergunta: **o trabalho em equipe** na saúde é uma construção possível?

Motivada por esta questão e partilhando várias idéias sobre o tema com professores inseridos no LAPA (Laboratório de Administração e Planejamento) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, buscamos o curso de mestrado desta instituição para adquirir mais condições teóricas e metodológicas que nos capacitasse para a realização dessa tarefa.

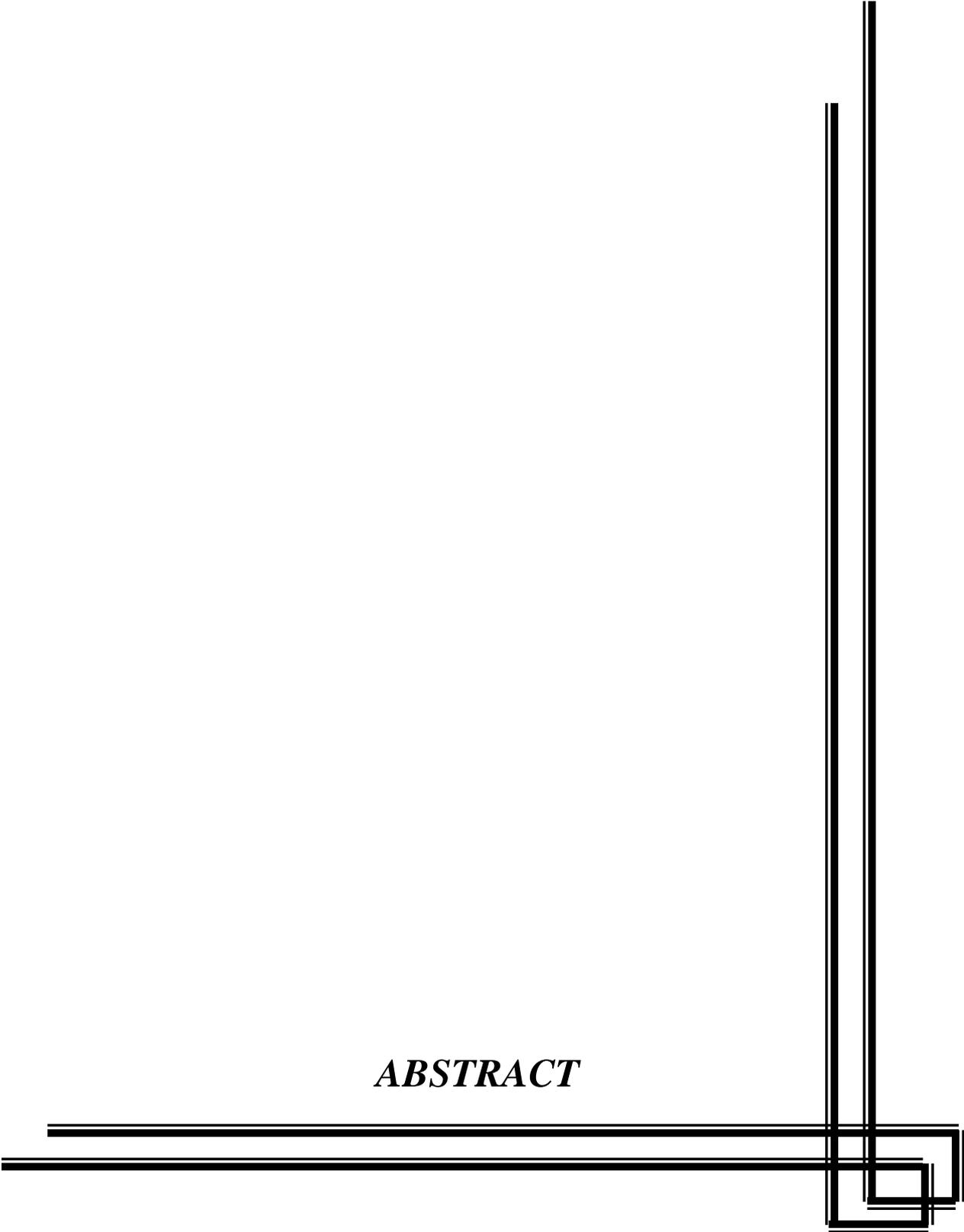
Partimos do levantamento de bibliografia que tratasse do tema principal, tanto no seu conteúdo mais estrito, como por exemplo no tema da interdisciplinaridade, como também de outras categorias teóricas que nos ajudasse a pensar o trabalho em equipe inserido em um dado contexto histórico e político institucional. Dentre estas categorias, destacamos a **Gestão** pois nos interessava identificar os instrumentos ou mecanismos de gestão que pudessem funcionar como facilitadores ou dificultadores do trabalho em equipe.

O local escolhido para a realização da pesquisa empírica foi o Hospital Público Regional de Betim, tendo sido focada mais detalhadamente a Unidade de Pediatria. O motivo desta escolha foi a necessidade de conhecer os resultados de uma proposta diferente de trabalho em um hospital público, na qual estivemos à frente juntamente com outros companheiros da Secretaria Municipal de Betim no momento de sua implantação, porém não houve condições de acompanhamento da continuidade do processo, pois esta foi efetivada por outro grupo de gestores. Além desse interesse, este Hospital tornou-se uma referência de um modelo de atendimento humanizado e de um modelo de gestão colegiada e participativa para todo o Brasil, fato este que reforça a necessidade de uma avaliação após 5 anos de funcionamento do hospital.

A metodologia eleita foi a qualitativa, utilizando-se como instrumento de conhecimento da realidade a análise do atendimento de uma criança internada na Unidade de Pediatria, através da pesquisa de prontuário e de entrevista semi-estruturada com os profissionais envolvidos no caso e a gerente da unidade. Esta entrevista, além de questões sobre o caso estudado, levantou aspectos gerais da organização e gestão do processo de trabalho na unidade.

Os resultados obtidos nos mostram que não existe um conceito único de equipe do “tipo de ideal” que consiga servir de modelo para avaliar a existência ou não de equipes nas diversas formas tecnológicas de organização do processo de trabalho com seus diferentes objetos. No entanto, no Hospital Regional de Betim, apesar de continuar existindo as velhas formas de expressão das relações de poder entre os profissionais, pôde-se evidenciar que nos momentos em que os casos tornam-se mais complexos, envolvendo problemas de saúde mais amplos do que os caráter puramente biológico, há uma possibilidade de abertura dos profissionais para que eles reconheçam os limites de sua formação profissional e passem a necessitar de outros olhares e outros saberes no sentido reorientar sua prática em direção a uma assistência mais integral, praticando assim uma clínica ampliada e vivenciando momentos de interação essenciais à concretização do trabalho em equipe.

*ABSTRACT*



This paper is the result of a great professional involvement with the theme: The organization of the work procedure in the health care environment and the political compromise with the realization of the Health Care Sole System. From our personal history on the insertion of many levels of management in the public health care system, we felt particularly instigated in deepening our knowledge and trying answering the following question: is **team work** a possible construction in the health care system?

Motivated by this question and sharing many ideas on the theme with teachers from LAPA (Laboratory of Planning and Administration) of The Social and Preventive Health Care Department of Faculdade de Ciências Médicas from UNICAMP, we sought that institution's course to acquire more theoretical and methodological conditions that would enable us in the realization of this task.

We started collecting a bibliography that would deal with the main theme; so much in its strict contents, as for example on the theme of interdisciplinary areas; as also in other theoretical categories, that would help us think **team work** inserted in a certain political institutional and historical context. Within these categories we accentuated **Management**, because it was interesting to us to identify the devices and equipments of management that would function as facilitators or burdensome for the **working team**.

The Hospital Público Regional de Betim was the chosen place for the realization of the empiric research; focusing specifically on its pediatric unit. The main reason for that choice was the necessity to know the results of a different proposition of work in a public hospital. At the moment of its inauguration we were at the head of the movement, together with other comrades from the Secretaria Municipal de Betim, but we did not have the chance to follow the development of the proceedings, because it was concluded by another group of managers. Besides that interest, this hospital became a reference point of a model in humanized health care and also a model of collegiate and participative management for the entire country. This fact reinforces the necessity of an evaluation after 5 years of functioning of the hospital.

The selected methodology was a qualitative one, using as an instrument from the reality, the analyses of a hospitalized child in the pediatric unit, through the research of the chart and a semi-structured interview with the professional involved in the case and the unit's manager. This interview, besides the questions about the studied case, brought up the general aspects of the organization and management of the procedures from the work in the unit.

The results show us that does not exist one only concept of a team like "ideal type" that can serve as a model to evaluate either the existence or the non-existence of teams in the several technological ways of organization of the working procedure with its different objects. Nevertheless at the Hospital Público Regional de Betim, besides the continuing existence of old forms of expression of the relationship of power among the professionals, it was clearly show that during the moments when the cases became more complexes, involving health problems that are more ample than its purely biological quality, there is a possibility of an openness from the health care professionals, so they can recognize the limitations on their knowledge and the needs of other way of looking and of knowledge from different sources, in a way to determine their practice in direction of a whole medical assistance. And in doing so, performing one more ample clinical service, and living moments of essential interplay to the realization of the work as a team.

## *1- INTRODUÇÃO*

O meu interesse em aprofundar os estudos sobre a saúde coletiva e, mais especificamente, o processo de trabalho em saúde, está em muito ligado à história da minha formação e inserção profissional, e com o inconformismo partilhado com vários companheiros diante das condições de vida e da assistência à saúde no Brasil.

Um envolvimento mais engajado deu-se a partir de 1978, quando iniciei minha participação no movimento estudantil. cursava o 3º. ano da faculdade de medicina em Belém, na Universidade Federal do Pará, quando participei de uma chapa que foi eleita para o Diretório Acadêmico do Centro de Ciências Biológicas. Era um momento em que o país lutava pela retomada da liberdade de organização e expressão, ainda na chamada fase de abertura da ditadura militar. O movimento estudantil se constituía enquanto um ator importante no processo de retomada das liberdades democráticas.

Uma outra atividade, desenvolvida na mesma época, foi um trabalho voluntário em um centro comunitário pertencente à Igreja Católica, no bairro Guamá, coordenado pelo Padre Savino, onde a realidade local expressava a situação de extrema pobreza de grande parte da população da periferia de Belém. Muitas casas eram construídas sobre palafitas, com esgoto a céu aberto, tendo como consequência a ocorrência de muitos casos de diarreia e desnutrição. Eu prestava atendimento individual e desenvolvia ações educativas de promoção à saúde, principalmente com mulheres e crianças que eram assistidas naquele centro. Essa experiência me colocava cruamente diante da realidade das condições de vida e saúde da maioria das pessoas: fome, desnutrição, falta de saneamento básico, falta de informação, falta de perspectiva. A universidade não nos dizia nada sobre isso. É claro, ensinava a tratar desidratação, desnutrição, anemia, porém de uma forma muito descontextualizada da realidade social, como se esses fossem problemas puramente biológicos. O campo de prática da faculdade era voltado para a área hospitalar e se dava na Santa Casa, onde os casos eram em sua maioria crônicos e alguns pacientes permaneciam internados por longo tempo, em situação asilar.

A relação da faculdade com a Santa Casa não era formalizada, o que obrigava os alunos a se responsabilizarem por conseguir seu próprio local de estágio para o 6º ano. Foi assim que vim para Belo Horizonte, em 1981. Cumpri meu estágio num hospital geral nas quatro áreas básicas: clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e cirurgia. Quando me

formei ainda não tinha feito uma escolha clara quanto à especialidade, fiquei entre clínica médica e pediatria. Trabalhei por um ano num hospital de pediatria em Contagem, o que me colocou novamente diante de um sentimento de impotência da medicina diante dos problemas sociais: muitas crianças morriam também de desnutrição, diarreia e sarampo.

Em Belém, convivíamos com um professor e companheiro de militância que tinha concluído a residência em medicina preventiva e social em Ribeirão Preto e nos aconselhava a trilharmos este caminho. Foi o que acabou acontecendo, pelo menos com seis colegas que militavam no movimento estudantil e que desejavam contribuir ativamente com um processo de mudança política e social do povo brasileiro.

Em 1983 ingressei na residência em Medicina Preventiva e Social na UFMG, passando a desenvolver um estudo mais sistematizado sobre o sistema econômico brasileiro e as políticas de saúde. Considero que, a partir de então, iniciou-se minha história na saúde pública. Na época havia um debate sobre como deveria ser o currículo desta residência e o dilema colocado era se os residentes deveriam ou não praticar a clínica individual, como acontecia com as residências de medicina geral comunitária. O fato de não existir um objeto de trabalho claramente definido para os egressos desta residência nos deixava confusos em termos da nossa futura inserção no mercado de trabalho. Afinal, não era fácil, como não é até hoje, assumir diante da família e da sociedade que você é um médico que não atende a pacientes e que fez opção pela saúde pública, pois é praticando a clínica que o médico se legitima socialmente.

Terminando a residência, em 1985, prestei um concurso para médico sanitário na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, fui aprovada e comecei a trabalhar em 1986 como Diretora Técnica no Centro de Saúde Jaraguá, que pertencia ao distrito da Lapa. A minha experiência profissional e política em São Paulo foi muito rica e muito do que sei nesta área se deve aos colegas com os quais partilhei o trabalho e a militância política no período 1986 a 1993. Havia à época um intenso processo de debate e atividades de luta liderada, principalmente, por duas entidades: a Associação de Médicos Sanitaristas e a Associação dos Servidores da Saúde do Estado – ASSES -, que futuramente viria a ser o SindSaúde. A minha participação neste processo foi fundamental para ampliar minha compreensão da realidade e me posicionar mais claramente sobre a política em geral, a política de saúde e a saúde pública.

A questão do processo de trabalho em saúde, e do trabalho em equipe, tem muita relação com minha inserção em espaços de gestão, nos quais se exercita o tempo todo a difícil tarefa de coordenar o trabalho de vários profissionais e de administrar conflitos. É também um lugar essencialmente “polivalente”, uma vez que, na saúde, o gerenciamento não é prerrogativa de nenhuma categoria profissional específica.

A curiosidade por este tema, do ponto de vista intelectual, veio de um contato privilegiado que tive com o Prof. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em um Curso de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU), promovido pelo CEFOR - Secretaria Municipal de Saúde, nos tempos férteis do governo petista de Luisa Erundina na Prefeitura de São Paulo. Até então, eu tinha uma certeza muito grande de que o trabalho em equipe era uma coisa boa para os usuários e que sua efetivação, na prática dos serviços, era uma prática perfeitamente possível. O professor Ricardo nos colocou as seguintes dúvidas: o paciente necessitaria mesmo da intervenção de profissionais de várias categorias? Ou a inserção destes profissionais nos serviços de saúde seria mais uma questão de mercado de trabalho? É possível construir trabalho em equipe quando a base de formação destes profissionais é tão distinta? Estas questões me instigaram e me levaram a outras questões, dentro do mesmo tema, as quais serão o foco principal deste trabalho.

Em 1994 voltei a trabalhar em Minas Gerais, na cidade de Betim, onde continuei a atuar no espaço da gestão dos serviços de saúde. Nesta experiência, tive o privilégio de um contato mais próximo com as propostas de mudança das práticas em saúde, por meio da convivência com os assessores do Laboratório de Planejamento e Administração – LAPA, Wanderlei Bueno e Adail Rollo, que assessoraram a Secretaria Municipal de Saúde na discussão e operacionalização das diretrizes do modelo assistencial da rede básica e na implantação do Hospital Público Regional de Betim. Essas idéias foram criadas e discutidas coletivamente por um grupo pertencente ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, e têm resultado em várias experiências e publicações, tendo como autores principais os professores Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos, e Luíz Carlos de Oliveira Cecílio.

A Prefeitura de Betim, no período de 1993 a 1996, foi administrada pelo mandato democrático-popular da prefeita Maria do Carmo Lara que, tendo eleito a saúde como uma das prioridades, se constituiu num espaço privilegiado para a construção de um projeto de saúde pública comprometido com a cidadania dos usuários e com a efetiva implantação do SUS. A equipe da Secretaria Municipal de Saúde, percebendo a oportunidade rara daquele momento, trabalhou incansavelmente para construir uma rede de serviços públicos de saúde, cuja organização se pautou pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização, gestão participativa e controle social, os quais norteiam a organização do Sistema Único de Saúde.

O grande envolvimento pessoal nesta história reacendeu em mim a vontade de estudar, investigar, tentar compreender as antigas indagações. Diante do engajamento já mencionado com as propostas de mudança do funcionamento dos serviços de saúde dentro das concepções colocadas pelo grupo do LAPA, o caminho escolhido foi o de cursar Pós-Graduação em Saúde Coletiva no DMPS da Unicamp como um lugar privilegiado para me lançar na busca de aprofundar os conhecimentos sobre o processo de trabalho em saúde e o trabalho em equipe.

Esta dissertação se propõe a estudar uma parte do processo de trabalho em saúde: o trabalho em equipe. Busca compreender até que ponto se dá troca e a potencialização dos saberes das várias categorias profissionais e a avaliar se isto de fato modifica o resultado da assistência rumo a uma prática de saúde mais integral e de melhor qualidade.

### **1.1- A definição do problema**

O trabalho em equipe, em todas as áreas, e particularmente na área da saúde, tem sido colocado como fundamental e até imprescindível para se alcançar melhores resultados. Na prática privada dos consultórios, o exercício das profissões ditas da área da saúde, como, por exemplo: medicina, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e outras, vem se dando, na maioria das vezes, de forma isolada; no máximo, se organizam em

clínicas que agrupam áreas afins em serviços que têm a finalidade de atender a demandas de pessoas portadoras de patologias específicas ou que se constituem em grupos de risco, como, por exemplo: portadores de deficiências, idosos, obesos, portadores de patologias específicas etc.

A Saúde Pública, principalmente nas últimas duas décadas, vem incorporando em seu quadro de recursos humanos uma maior diversidade de categorias profissionais. Acreditamos que isto venha ocorrendo por vários motivos, entre eles citamos: a oferta dos profissionais no mercado por intermédio da pressão dos conselhos corporativos; um aumento do grau de complexidade dos problemas de saúde em função da nova realidade econômica e social; o processo de especialização do conhecimento sempre crescente pelo qual vem passando a sociedade; e um reconhecimento mais ampliado das necessidades de saúde da população por parte do poder público. É claro que este reconhecimento não se dá de forma espontânea, mas como resultado de lutas levadas à frente por diversos segmentos da sociedade, como, por exemplo: portadores de patologias específicas, conselhos e conferências de saúde, etc.

Os serviços públicos de saúde, tanto hospitais, serviços especializados e a rede básica, têm sido espaços comuns de exercício das práticas destas várias categorias. Porém, este processo de incorporação, na maioria das vezes, se dá sem uma proposta clara da instituição, o que leva as próprias corporações a definirem seu papel e atribuições. O profissional é contratado para atender a demandas específicas, sem que se explicita o que se espera dele. Mais que isso, muitas vezes a instituição pede ao próprio profissional que elabore sua proposta de trabalho. Não é de se estranhar que estes profissionais, ou fiquem por um tempo um pouco perdidos, ou acabem por privatizar suas práticas de trabalho no espaço público.

As Unidades Básicas ou Centros de Saúde vêm de uma história, até a constituição de 1988, de oferta de serviços de baixa complexidade, produzidos de um lado por trabalhadores sem formação específica na área de saúde e, de outro, por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, os quais na maioria das vezes têm uma formação predominantemente voltada para a área hospitalar. A unificação do sistema de saúde no Brasil, trazendo consigo a municipalização, fez com que a rede básica assumisse ou

integrasse algumas ações de saúde que antes eram oferecidas por outras instituições como INAMPS, Secretarias de Educação e LBA. Citamos como exemplo a saúde bucal, o atendimento a crianças com problemas de aprendizagem, consultas especializadas, etc. Atualmente as Unidades Básicas têm tido seu papel muito questionado, o que tem levado os gestores a fazerem outras opções de estruturação do modelo de atenção, as quais, hoje, podemos dizer que se estruturam em duas formas principais: o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, que é o Programa de Saúde da Família, ou um redimensionamento do papel dos Centros de Saúde através de uma mudança radical na organização do processo de trabalho. Este último incorpora de maior complexidade, rompendo com o velho paradigma da atenção primária como um atendimento simplificado.

Voltando a refletir sobre a formação dos profissionais da saúde, constata-se que embora tenham um ciclo básico comum que tenta unificar as disciplinas que darão base às formações específicas, a partir do 2º ano passam a caminhar de formas totalmente dissociadas. As disciplinas básicas das profissões específicas da área são de corte totalmente biológico. Já os assistentes sociais e psicólogos têm sua formação no campo das ciências humanas, porém o contato entre estas áreas só se dará em estágios com abordagens específicas e isoladas, ou já no próprio exercício da profissão. Ou seja, durante a formação profissional inexistem processos integradores do trabalho entre diferentes profissões. Os alunos não vivenciam, de forma planejada, atividades conjuntas nos seus estágios. Provavelmente também são raras as escolas que produzem, pelo menos, um processo de reflexão sobre isto.

Ainda com relação à formação, não podemos desconhecer que os trabalhadores da área de apoio administrativo não têm formação específica em saúde e muitas vezes ingressam nos serviços sem passar sequer por um treinamento que consiga localizá-lo minimamente no contexto da rede de serviços na qual está se inserindo, passando a assumir postos de trabalho estratégicos, como, por exemplo, a recepção das Unidades de Saúde.

Toda esta situação coloca para as organizações empregadoras a necessidade de desenvolver processos de gestão que contemplem verdadeiras formações paralelas adequando os trabalhadores ao seu projeto assistencial. É neste cenário que os profissionais ingressam nos serviços públicos de saúde, os quais têm tido um papel importante na

ampliação da oferta do número de vagas no mercado de trabalho. É no serviço público que, muitas vezes se ouvirá falar pela primeira vez da importância do trabalho em equipe, como se, para que isso acontecesse, bastasse repetir este discurso inúmeras vezes. Aqui é que se coloca, para nós, a importância da gestão. Quais estratégias de gestão conteriam instrumentos potentes para motivar o trabalho em equipe?

Uma gerência competente sem dúvida ocupa um lugar estratégico na mediação dos conflitos entre trabalhadores. As disputas de poder vão aparecer cotidianamente nos espaços de trabalho e nos momentos das atividades práticas, tais como: condução de casos, coordenação de grupos, definição de atribuições, etc. A gerência pode trabalhar estas questões de várias formas: desconhecendo os conflitos; colocando-se no lugar do outro e defendendo algumas categorias, inclusive aquela da qual ele faz parte; ou trabalhando os problemas de acordo como eles se apresentam em cada situação, inclusive tendo coragem de explicitar os não ditos, criar constrangimentos, quando necessário, enfim, enfrentando os conflitos e intermediando as relações. Cabe a ele coordenar os projetos assistenciais buscando garantir os recursos, articular com outros espaços institucionais, e colocar sempre na pauta de prioridades a defesa dos usuários. O gestor e os gerentes atuam operando no espaço da produção de tecnologias que consigam reconhecer as necessidades dos usuários, direcionando a organização do processo de trabalho neste sentido. Cabe a eles viabilizar espaços de discussão e construção coletiva de propostas pautadas por diretrizes do SUS e da instituição que representam como gestores, e não permitir a privatização do espaço público.

A respeito dos modelos de gerir os serviços públicos SOUSA CAMPOS (1997,247-8) nos coloca que:

De modo genérico pode-se afirmar que há dois modelos polares para a organização do processo de trabalho em saúde. De um lado, em contextos mais tradicionais ou em organizações mais hierarquizadas, observa-se uma agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas. São os famosos organogramas verticais que criam departamentos de enfermagem, serviço social, médico - corpo clínico, em geral, ainda mais subdividido em miríade de especialidades sem contato entre si - entre outros setores. ... Em outro

extremo, há experiências mais radicais de horizontalização dos organogramas, com distribuição mais homogênea do poder. Nessas situações, é comum igualarem-se de modo artificial todos os profissionais. Todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva.

Na nossa concepção, a existência ou não de equipes com um maior ou menor grau de interação sofre a interferência direta do tipo de gestão concebida e praticada pelas instituições. É claro que este aspecto não pode ser considerado como seu único definidor, senão não haveria equipes em cenários onde o modelo de gestão é organizado de maneira altamente hierarquizada e com a presença de chefias ou gerências por categoria, mas, com certeza, é um elemento que contribui como definidor de precondições, as quais irão facilitar ou dificultar um processo de construção do trabalho em equipe .

Para pensarmos o trabalho em equipe, faz-se necessário o reconhecimento das singularidades dos objetos específicos de cada trabalho em particular, mesmo que inseridos em características que os unifiquem como trabalho e como campo da saúde. Pensar então um conceito único e ideal de trabalho em equipe, para, então, avaliar seu funcionamento na prática não nos parece um bom caminho. Com certeza, o processo se apresentará com diferentes características dependendo do objeto que o orienta. Pensando em nossa experiência nos vários serviços, imaginamos várias situações na quais se realizam diferentes formas de trabalho coletivo:

- **Saúde Bucal**

Vejamos, por exemplo, o caso da saúde bucal, que poderíamos caracterizar da seguinte forma: do ponto de vista da atividade clínica, um trabalho predominantemente artesanal. É claro que, para realizá-lo, não basta possuir a experiência de um artesão, necessita-se de conhecimentos prévios situados nos seguintes campos: biologia, fisiologia, anatomia, patologia, entre outros. Portanto, uma análise do trabalho em equipe, neste caso, não poderia desconsiderar que existe um conjunto de ações que se realizam sequencialmente, trazendo semelhanças com o trabalho de linha de produção. Do ponto de vista das ações preventivas, um trabalho extremamente normalizado, que para sua eficácia também exige a realização de atividades rotineiras e sequenciadas.

### - **Cirurgia**

Se pensarmos em uma sala de cirurgia, em situações nas quais tudo acontece conforme o programado, também não é muito diferente. Para que a cirurgia possa ser iniciada, a sala deve estar devidamente arrumada, contendo todos os instrumentais adequados ao tipo de procedimento que será realizado. O instrumentador deve passar ao cirurgião exatamente o instrumento solicitado. Mas, se o caso complica, ou não se comporta de acordo com o esperado, será necessária a opinião de outros médicos, naquele momento, para se tomar a melhor decisão.

### - **Internação**

Para continuarmos este raciocínio, vamos analisar o trabalho na enfermaria de um hospital: sem dúvida existe uma rotina rígida a ser seguida: a visita do médico definindo as condutas, a enfermagem prestando cuidados e administrando a medicação, o copeiro para anotar a dieta, e outros profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, atuando nos casos mais específicos/complexos. O processo de trabalho é também fortemente normalizado, embora sempre o profissional tenha que lidar com a premissa de que “cada caso é um caso”.

Os processos de trabalho acima citados caracterizam-se principalmente por serem altamente normalizados e terem uma rotina altamente previsível. Sua forma de gestão geralmente se caracteriza dentro dos princípios do taylorismo.

Existe, no entanto, um outro conjunto de serviços que se caracterizam, do ponto de vista da organização e de seu processo de trabalho, por um grau maior de autonomia profissional, portanto menos submetidos a normalizações. Entre eles, citamos:

### - **CERSAM ou NAPS**

O Centro de Referência em Saúde Mental ou Núcleo de Atenção Psicossocial se caracteriza por trabalhar com um objeto específico e bem definido: portadores de sofrimento mental, mais claramente, neuróticos, depressivos graves e psicóticos. Atua dentro de um propósito definido, por meio das diretrizes do movimento antimanicomial, ou seja, a desospitalização e a reinserção social do usuário. Neste aspecto apresenta como

diferença fundamental com a maioria dos serviços o fato de os trabalhadores nele envolvidos estarem construindo e buscando legitimidade para um projeto que se pretende contra-hegemônico, ou seja, contra a lógica manicomial ainda dominante no “tratamento” aos portadores de sofrimento mental. Sem dúvida é um espaço singular na constituição de equipes, principalmente porque não há uma categoria profissional que detenha, sozinha, o domínio desta tecnologia, uma vez que o modelo da psiquiatria tradicional é colocado em cheque nesta nova forma de pensar o tratamento da doença mental e a organização de serviços substitutivos. Além disso, por tratar-se de um projeto que procura não separar instrumental técnico (aliás esse instrumental também não é único) de princípios éticos e da militância política, necessita de uma construção essencialmente interdisciplinar.

Sobre a questão da especialização, SOUSA CAMPOS (1997a) diz que BASAGLIA<sup>1</sup>

combateu duramente a rigidez da especialização nos serviços de saúde mental. Sua equipe demonstrou que junto com o suposto aumento do saber do especialista viriam sempre o monopólio do conhecimento, o argumento da autoridade e, mais nocivo ainda, a fragmentação do processo terapêutico, segundo lógica estranha às necessidades dos enfermos.

#### - Unidade Básica de Saúde

Seguindo ainda o raciocínio da especificidade de cada processo de trabalho em Unidades com suas missões específicas, vamos refletir sobre a Unidade Básica de Saúde ou um Centro de Saúde. Embora às vezes considerada como o serviço mais simples de uma rede de saúde, de um certo modo pode ser pensado também como o mais complexo. Para não cairmos em extremos, diremos que, sem dúvida, é o mais diversificado, do ponto de vista das ações que oferece e da quantidade e qualidade de problemas que chegam até ela. Espera-se que estes serviços dêem conta da saúde, em sua concepção mais ampla, ou seja, resultante de condições de vida, como também espera-se que sejam mais resolutos no

---

<sup>1</sup> BASAGLIA, 1997, *apud* CAMPOS. IN: MERHY, E.E.; CAMPOS, R.T.O. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Ed. Hucitec/Lugar ed., 1997.285p.

atendimento aos doentes e às doenças, evitando assim o agravamento dos casos e o excesso de encaminhamento para níveis mais complexos do sistema. Talvez o centro de saúde seja o lugar onde seriam mais necessárias a presença e a atuação do chamado “operador transdisciplinar” (ALMEIDA FILHO,1997a). É nele que aparecem as demandas sociais mais complexas: a miséria, a fome, a ansiedade, os maus tratos, o abandono, a violência. Imaginemos um Centro de Saúde onde vários saberes e práticas atuam num mesmo espaço, como, por exemplo: saúde bucal, da mulher, da criança, saúde mental. Neste contexto, alguns profissionais atuam estritamente em seu núcleo de atuação, mais freqüentemente o médico e o dentista, enquanto outros atuam muito mais no campo de atuação. Observamos ainda que estes últimos são os “atravessadores” de várias ações de caráter geral, como educação em saúde, encaminhamentos, acolhimento, etc. Por isso são considerados elos importantes na construção do trabalho em equipe. Não podemos esquecer também que na Unidade Básica de Saúde existem vários núcleos de equipes, uma vez que o processo de trabalho se organiza em torno de vários objetos/sujeitos: mulheres, crianças, portadores de hanseníase, diabéticos, hipertensos, etc. Uma diversidade tão grande de produção de ações de saúde sugere que não podemos conceber o processo de gestão como se ele fizesse parte apenas das funções de uma pessoa que foi designada para o cargo de gerente. Temos que reconhecer que a gestão se dá em cada microespaço das equipes e até dos trabalhos individuais, como, por exemplo, o do atendimento do usuário no consultório, onde a autonomia do trabalhador da saúde se torna mais evidente.

Há ainda uma prática singular que foi desenvolvida recentemente em alguns municípios e particularmente nas Unidades Básicas de Saúde de Betim, e que merece uma reflexão mais profunda sobre os saberes que a informam: o acolhimento.

O acolhimento na Secretaria Municipal de Saúde de Betim se constituiu em um dispositivo potente no sentido de responder a problemas caracterizados como problemas na recepção das unidades de saúde. Os problemas da recepção eram vistos pela equipe de nível central não como um simples problema de falta de hábitos de boa educação por parte dos funcionários que trabalhavam neste setor, mas como problemas complexos que espelhavam a organização do processo de trabalho e eram evidenciados pelos seguintes fatos:

- atendimento da demanda por ordem de chegada;
- ausência de critérios clínicos que permitissem uma prioridade de atendimento;
- agendas dos médicos sobrecarregadas com retornos, dificultando o acesso de novos usuários;
- elevada demanda por procura direta e encaminhamentos de casos agudos para as Unidades de Urgência.

O acolhimento foi proposto como um espaço de escuta sensível do motivo que levou o usuário a procurar a Unidade de Saúde. Muito mais do que a aplicação de técnicas da clínica, a intenção era romper com a relação burocrática e humanizar o atendimento, partindo do pressuposto de que as pessoas que procuram um serviço de saúde são cidadãos portadores de direitos e demandas, na maioria das vezes relacionadas a incômodos, dor física ou psíquica, enfim, algum tipo de sofrimento. Ou seja, questões que passam não só pelos sinais e sintomas identificados objetivamente pela tecnologia da clínica biologicista, mas também e principalmente pela expressão de subjetividades, sentimentos nem sempre passíveis de serem lidos e traduzidos por sinais e sintomas clínicos identificados como uma doença específica.

A implantação da proposta se deu a partir de um amplo processo de discussão com os gerentes das unidades, trabalhadores e usuários, culminando com sua aprovação na 3ª Conferência Municipal de Saúde, em 1995. Foi um processo muito rico e que envolveu um alto grau de risco para os gestores do processo, pois como experiência anterior existia apenas a do município de Ipatinga, e estava sendo iniciada prática semelhante em Belo Horizonte, esta com uma abrangência mais restrita pois era voltada para o atendimento à criança. Foi um processo em que apareceram várias resistências, principalmente no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro, pois este profissional foi chamado a se comprometer mais com a assistência direta ao usuário. Ele tornou-se um dos principais atores na implantação do acolhimento, incorporando ações que aumentaram seu grau de resolutividade, tais como pedidos de exames, prescrição de alguns medicamentos, encaminhamentos, priorização de casos, etc. Isso tudo suscitou a discussão a respeito da

regulação do exercício profissional, mais particularmente à defesa de espaço da categoria médica que sustenta o direito de exclusividade na realização de algumas ações e procedimentos.

A experiência citada nos leva a perguntar quais os conhecimentos necessários e quais seriam as categorias profissionais mais indicadas para fazer o acolhimento? Que trabalhador de saúde é esse que é convidado a realizar uma prática ainda pouco experimentada, embasada numa teoria ainda em construção exigindo criatividade e alto grau de envolvimento e compromisso com os usuários?

Os trabalhadores, com razão se sentiram inseguros, fizeram vários questionamentos e solicitaram à instituição que os capacitasse para a nova tarefa. A Secretaria de Saúde não dispunha de uma tecnologia suficiente clara para oferecer um curso sistematizado, uma vez que se tratava de uma prática totalmente nova. Apostou então na autonomia de organização das unidades e na construção coletiva entre trabalhadores e gestores para inventar um novo modo de atender os usuários, isso acabou se concretizando.

Refletindo hoje sobre quais seriam os principais atributos e conhecimentos necessários para o melhor desenvolvimento da proposta, pensamos que o profissional deve ter alguns atributos, tais como: ter disponibilidade para ouvir, perceber e diferenciar situações de risco, além de saber se comunicar, informar e encaminhar adequadamente. Enfim, se quiséssemos traduzir isso em conhecimentos científicos instituídos, poderíamos dizer que eles se localizam nas seguintes áreas: ciências sociais, psicanálise, medicina, enfermagem e outros saberes ainda não instituídos – trata-se, sem dúvida, então, um objeto de trabalho em construção e com características essencialmente interdisciplinares.

Retomando a discussão do trabalho em equipe perguntamos então se o acolhimento possibilitou a prática deste trabalho ou apenas reproduziu a hierarquização de saberes, reproduzindo assim as relações de poder tão conhecidas entre profissionais de nível superior e nível médio e entre médicos e não médicos? Quanto a isso pensamos que, como no caso da saúde mental, a produção de novos saberes e práticas é mais facilitada quando o objeto está em processo de criação e ainda não foi apropriado por uma disciplina ou uma formação profissional específica. No entanto sabemos que, quando isto acontecer,

haverá uma disputa pela apropriação deste saber, tanto no campo disciplinar como no campo do exercício profissional. Pode-se dizer que o acolhimento foi um estimulador do trabalho em equipe, ele uniu os trabalhadores em busca de soluções para problemas que anteriormente nem faziam parte do cotidiano de suas preocupações.

Todas essas considerações nos levam a pensar que não existe um conceito de equipe suficientemente abrangente para dar conta dos vários processos de trabalho aqui descritos e de muitos outros desenvolvidos na área de saúde. A existência ou não de equipes teria que ser analisada dentro das especificidades de cada objeto e nos contextos político-institucionais nos quais o trabalho concreto está inserido.

Apesar de levantar todas essas indagações sobre as várias características e nuances do trabalho em equipe nos diferentes serviços, nossa opção foi por desenvolver a pesquisa em um hospital. Esta opção se deu devido à posição de complexidade que o hospital ocupa no sistema de saúde, representando ainda um lugar onde vários profissionais travam uma disputa pela ampliação do seu espaço de trabalho, ao mesmo tempo em que continua mantendo a hegemonia do poder médico. A outra razão para esta opção foi o desejo de avaliar o resultado das propostas enunciadas à época da inauguração do Hospital Público Regional de Betim (HPRB).

O município de Betim possui cerca de 305.000 habitantes, localiza-se na região metropolitana, a 30 km de Belo Horizonte. Até 1996, quando o HPRB foi inaugurado, a cidade praticamente não contava com leitos públicos, a não ser alguns leitos com pouquíssima capacidade resolutiva, situados no Hospital Orestes Diniz, localizado na região de Citrolândia, na antiga Colônia Santa Isabel.

O Hospital Público Regional de Betim é um órgão da administração direta, inserido no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. É, portanto, mantido pela prefeitura de Betim contando também com os recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Funciona como referência para cerca de 15 municípios da região do rio Paraopeba, com os quais foi firmado um Consórcio Intermunicipal de Saúde, o qual facilitou o estabelecimento de acordos relativos às internações e exames de alta complexidade. Atualmente tem 262 leitos em funcionamento nas seguintes áreas:

Clínica Médica (49), Pediatria (46), Cirurgia (53), Obstetrícia (36), Neonatologia (20), Centro de Tratamento Intensivo (10 leitos para adultos e 7 infantis) e Pronto-Socorro (27 leitos de observação e 14 para politraumatizados). Durante o planejamento de sua implantação, a equipe da Secretaria Municipal definiu sua missão como um hospital geral, com atendimento especializado em obstetrícia ( parto de alto risco) e pronto-socorro com atendimento de casos clínicos graves e ao trauma.

Outra decisão importante foi quanto a sua inserção na rede local de saúde, para a qual deveria se constituir como referência em todos os serviços para os quais estivesse equipado. Ou seja, o Hospital não seria porta de entrada do sistema de saúde, uma vez que já estava consolidada, no movimento sanitário brasileiro, uma crítica aos modelos assistenciais hospitalocêntricos.

A decisão de que o Hospital não deveria ser porta de entrada, a não ser em casos graves, fez com que a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde desenvolvesse todo um trabalho com as outras unidades da rede, anterior ao início de seu funcionamento do Hospital, no sentido de que estas acolhessem os usuários, resolvessem o máximo de problemas para os quais estavam capacitadas, e só encaminhassem para o Hospital os casos devidamente indicados dentro de um protocolo acordado. Neste aspecto, cumpriram e ainda cumprem função estratégica as UAI's (Unidade de Atendimento Imediato), em número de quatro no município, que são unidades de urgência, funcionando 24 horas, equipadas com laboratório, raios-X, equipamentos para ressuscitação, pequenas cirurgias e leitos de observação.

A escolha do HPRB (a partir de agora denominado Hospital) como campo de investigação se deu devido ao nosso grande envolvimento com este projeto no início de sua implantação, e a vontade de conhecer os resultados da operacionalização das propostas. Algumas dessas diretrizes tiveram a pretensão de fazer um hospital diferente, tanto para a população que lá fosse atendida, como para os trabalhadores. Com estas intenções claramente definidas pela Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde, sua operacionalização foi iniciada com as seguintes propostas:

organograma horizontalizado e gestão colegiada;

organização administrativa por Unidades de Produção;

- gerência única em cada unidade;
- acolhimento de todo paciente internado;
- médicos e técnicos de enfermagem diaristas formando uma equipe responsável por um número de leitos;
- enfermeiros mais inseridos na assistência direta ao usuário;
- enfermagem prestando cuidados integrais aos usuários dos leitos sob sua responsabilidade;
- constituição de equipes multiprofissionais com a lotação, em cada unidade, de pelo menos um de cada das seguintes categorias: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e, na pediatria e neonatologia, o terapeuta ocupacional;
- estímulo ao desenvolvimento profissional por intermédio de discussão de casos, projetos de educação continuada, liberação para participação em eventos (cursos, congressos, etc.);
- direito dos usuários e familiares de serem informados sobre seu estado de saúde e sobre a realização de procedimentos mais complexos;
- direito de todo o paciente de ter um acompanhante;
- horário de visita ampliado (inicialmente, das 14h às 20h, posteriormente, das 14h às 19h, e, atualmente, das 14h às 17h ), restringindo somente o número de pessoas que entrariam ao mesmo tempo (uma de cada vez, além do acompanhante).

De uma certa forma este trabalho estará tocando em todas estas questões, mas o seu foco principal de interesse é a organização do processo de trabalho e, mais especificamente, o trabalho em equipe.

A nossa intenção inicial era poder comparar o resultado do trabalho entre algumas Unidades do Hospital. No entanto, devido à riqueza de material recolhido e em função de termos identificado a Unidade que mais avançou no conjunto da implantação das propostas, optamos por centrar a pesquisa na Unidade de Pediatria.

## **1.2- Formulação de hipóteses**

A hipótese central que consideramos razoável para a análise das possibilidades de construção do trabalho em equipe e suas vantagens para um modelo centrado no usuário é **de que essas possibilidades são determinadas historicamente pelo modo como se dá a inserção dos profissionais nas instituições, as quais por sua vez têm sua gestão direcionada pelas políticas de saúde e modelo de gestão, incluindo neste a política de recursos humanos.** Outro aspecto importante é a suposição de que não existe um tipo ideal de equipe que consiga servir de modelo para avaliar a existência ou não deste trabalho nos variados processos de trabalho em saúde.

Como pressupostos relevantes para que este trabalho de equipe ocorra, deve-se considerar:

- a existência de modelos assistenciais que consigam orientar o trabalho na direção da
- construção de um objeto único e este objeto é a busca da atenção integral aos usuários;
- reconhecimento, da parte de gestores e profissionais de saúde, de que a saúde é um objeto complexo, em que cada situação requer um aporte diferenciado de conhecimentos, mais ou menos abrangentes;

- a construção de modelos de gestão orientados no sentido de publicizar os contratos e democratizar as relações;
- a realização de momentos coletivos de discussão que sejam produtores de novos conhecimentos e práticas, nos quais possam ser tratadas as especificidades e as polivalências de cada prática profissional;
- a existência de diretrizes institucionais claras que orientem a organização do processo de trabalho e que respeitem a autonomia dos trabalhadores da saúde;
- a incorporação de princípios e valores éticos no atendimento aos usuários;
- a efetivação de instrumentos institucionais de regulação da força de trabalho que valorizem as diretrizes institucionais, evitando disparidades salariais geradoras de insatisfação e da falta de motivação dos trabalhadores.

### **1.3- Justificativa**

Apesar de um grande número de atores da área da saúde, principalmente os gestores e técnicos da área de recursos humanos, falarem sempre da importância do trabalho em equipe, poucos explicitam o que de fato estão querendo dizer com o termo “equipe”. Na maioria das vezes, nos parece que se está falando da necessidade de haver integração, comunicação. Talvez poucas vezes esteja sendo colocado o ponto de vista da construção de um projeto assistencial em comum.

Na questão da comunicação e da interação entre profissionais, não podemos esquecer que as categorias não ocupam o mesmo lugar na hierarquia do poder e no domínio dos saberes dentro dos seus locais de trabalho, e que neste caso a posição do médico é diferenciada dos demais profissionais. Isto leva muitas vezes a uma diferenciação enorme nas formas de participação destes na organização do processo de trabalho, elevando ainda mais o grau de autonomia que já possuem. A tradução mais clara disso pode ser observada

na gestão colegiada, o espaço do Colegiado é ocupado por outros profissionais que não os médicos, principalmente enfermeiros e assistentes sociais. A equipe existe, mas é composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e outros. Como então transformar as práticas de saúde sem a participação do médico? Sua presença na equipe não faz diferença, ou a interação com outros profissionais não faz, para ele, nenhuma diferença?

Partindo do pressuposto que a presença de diversas categorias profissionais é uma realidade em vários serviços de saúde, este trabalho se propõe a contribuir para evidenciar ferramentas de gestão que funcionem como facilitadoras do trabalho em equipe.

Nosso interesse não é demonstrar o que a maioria das pessoas já sabe sobre as dificuldades do trabalho coletivo nos hospitais e nos serviços de saúde, mas descobrir as possibilidades de mudança do trabalho coletivo no sentido técnico e ético, ou seja, incorporar práticas interdisciplinares que permitam ao usuário ser atendido sem que haja expropriação de seus direitos, desrespeito à sua singularidade, e que a atuação dos vários profissionais sirva como instrumento de resgate da integralidade da assistência.

## **1.4- Referencial teórico**

### **1.4.1- O processo de trabalho em saúde**

Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde é uma atividade social disciplinada que tem como resultado a resposta às necessidades de saúde da população. Alguns autores como Donnangelo, Gonçalves e Schraiber foram pioneiros na produção teórica no Brasil sobre o trabalho em saúde, as características do trabalho médico e de a medicina como prática social. DONNANGELO (1979, p.29) chama a atenção e critica o fato da medicina se apresentar como prática neutra, posição esta facilitada pelo fato dessa prática ter se iniciado antes da instituição do sistema capitalista :

Diferentemente de outras práticas sociais, cuja origem é coincidente com a própria emergência ou com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes... A prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista. Justamente por situar-se entre as mais antigas formas de intervenção técnica é que eles podem também aparecer mais facilmente investidos do caráter de autonomia, como ocorre com outras categorias de práticas e agentes que, preexistindo a um novo modo de produção, parecem preservados de revestir novas formas correspondentes a articulações inteiramente distintas com as estruturas econômicas e político-ideológicas que o compõem.

Para ela, portanto, a medicina não pode ser analisada como uma prática acima dos interesses de acumulação capital, e aponta seu papel na reprodução e recuperação da força de trabalho para o processo produtivo. A autora chama atenção também para o papel desempenhado pela medicina no processo de acumulação capitalista, o qual se realiza principalmente pela incorporação de equipamentos e pelo estímulo ao consumo de medicamentos. Este ângulo de análise sem dúvida continua sendo atual, e não pode deixar de ser considerado em qualquer pesquisa que se proponha a estudar o processo de trabalho em saúde, sob pena de tornar-se um trabalho que desconsidera a inserção histórica de toda prática social, porém não se constitui no foco principal de interesse desta pesquisa, uma vez que seu propósito é avaliar o trabalho coletivo a partir de uma visão micropolítica, ou seja, de dentro de um espaço concreto e delimitado de efetivação de práticas de saúde.

GONÇALVES (1994), utilizando-se também do referencial marxista, desenvolveu estudos sobre a natureza do trabalho em saúde enquanto uma tecnologia específica, e deu uma importante contribuição para a discussão do processo de produção de necessidades. Concebe o termo tecnologia não só como a incorporação e o manejo de equipamentos e instrumentos de trabalho, e diz que: “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos”. (GONÇALVES,1994,p18). Este conceito de tecnologia, concebido como os vários arranjos

do saber fazer em saúde, é cada vez mais adotado pelo conjunto dos estudos que elegem como objeto o processo de trabalho em saúde. Ainda sobre a natureza do trabalho e sua relação com necessidades, MENDES GONÇALVES<sup>2</sup> nos diz que:

(...) os instrumentos correspondem à forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho... No trabalho em saúde, estes instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto de trabalho... voltado para a consecução da finalidade de atendimento das necessidades de saúde (...). necessidade-carecimento que orienta o processo de trabalho (...) a atividade é articulada a uma finalidade sempre presente, antes e durante o processo.”

Partindo destes estudos sobre o tema, MERHY (1998), utilizando-se do exemplo do trabalho de um marceneiro na produção de uma cadeira, discute os conceitos de trabalho morto e trabalho vivo:

Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos - ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira – e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado. E o chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si do marceneiro, que neste momento é o trabalho em ato que permite a produção da cadeira, que aliás será um representante a mais do universo de cristalização do trabalho vivo em morto.

Estes conceitos são fundamentais para este projeto, uma vez que pretendemos investigar as evidências de processos coletivos de trabalho implicados com um projeto em defesa da vida. O trabalho em equipe dificilmente será caracterizado como trabalho morto,

---

<sup>2</sup> MENDES GONÇALVES, 1993, *apud* MERHY, E.E.; CAMPOS, R.T.O. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Ed. Hucitec/Lugar ed., 1997.285p.

a não ser que estejamos partindo da análise de formas tayloristas de organização do processo de trabalho. Merhy nos fala da “captura” do trabalho vivo pelo trabalho morto, ou seja, o risco da incorporação de práticas criativas e inovadoras como rotinas automatizadas e alienantes, risco aliás sempre presente que é o de transformar algo que representava transformação em uma norma a ser seguida de maneira rígida.

Este espaço de atuação, que procura respeitar a autonomia do trabalhador e intervém no sentido de estimular o seu envolvimento com o objeto de sua atuação, deve ser o espaço eleito para ser ocupado pelos gestores. Não uma gestão cuja direcionalidade se dê preferencialmente no sentido de estabelecer normas e regulamentos, mas de coordenação do processo de trabalho de modo a encontrar, conjuntamente, soluções que respondam às necessidades dos usuários.

#### 1.4.2- O trabalho médico

Analisando a inserção do trabalho médico dentro da equipe, ainda constatamos ser ele o principal definidor dos processos de trabalhos dos outros profissionais. Perguntamos, então, é o fato de o médico ser o detentor de um conhecimento específico, o qual está embasado em disciplinas oriundas da biologia, como a fisiologia e a patologia, que o possibilita utilizar todo o instrumental da clínica, o que o tornaria também o centro “natural” das equipes?

Sobre o trabalho médico e o conceito da profissão, DONNANGELO<sup>3</sup> ?? observa:

Em sentido amplo, o conceito de profissão médica compreende os principais atributos apontados nos estudos sobre profissões nobres ou tradicionais: o monopólio de uma área específica de atividade a partir de prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, em cujo núcleo se encontra o ideal de serviço e o ideal de autonomia.

---

<sup>3</sup>DONNANGELO, M.C.F. 1993, *apud* SCHRAIBER, L.B. **O Médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993. 229p.

Perguntamos, então: o trabalho dos outros profissionais se dá sobre os mesmos pressupostos técnicos ? O que torna o trabalho médico muito mais valorizado socialmente?

A partir da produção teórica acumulada sobre o assunto, podemos dizer que a explicação está em sua especificidade, a qual se dá pelo monopólio de diagnosticar e tomar decisões, ou seja, prescrever condutas a serem seguidas pelos usuários. A valorização histórica do médico, creditada principalmente ao seu suposto poder diante da vida e da morte, acumulou forças transformando-se em poder corporativo. Como ocorre em algumas profissões consideradas nobres, como por exemplo a advocacia, cabe à própria categoria elaborar seu próprio código de ética e julgar condutas adequadas ou não dos “colegas”, ou seja, a própria categoria detém o poder de regulação sobre si mesma. O resultado disto é que a sociedade detém pouco controle sobre a atuação desses profissionais, ficando à mercê da própria categoria no julgamento de atos médicos em consequência dos quais se sente lesada.

Com relação a estas questões que envolvem a ética profissional arriscaríamos dizer que, historicamente, os médicos, dadas às várias características de sua inserção no mercado de trabalho e da medicina como prática social, vêm perdendo terreno. Em outros tempos, suas ações raramente tornavam-se alvo de questionamento por parte de clientes ou usuários, atualmente sabe-se da existência no Brasil de movimentos organizados com esse objetivo. Podemos dizer, então, que a prática médica, principalmente com a situação do crescente processo de assalariamento, vem se tornando mais susceptível ao controle social, embora este seja exercido em diferentes graus conforme a classe social e, conseqüentemente, o tipo de serviço (público ou privado) utilizado pelo usuário.

A manutenção da centralidade do trabalho médico em relação às demais profissões da área não se dá sem disputa, um exemplo disso foi o artigo publicado no nº 130 do Jornal do Conselho Federal de Medicina (2001), no qual defende-se a necessidade de definir em lei o conceito de ato médico. Sobre isto o artigo diz o seguinte:

Esta questão, aparentemente simples de ser respondida, é, na verdade, complexa e está exigindo uma definição imediata, na medida em que outras profissões da área de saúde vêm buscando ampliar suas atribuições, avançando sobre aquelas que devem ser da exclusiva responsabilidade e competência de médicos regularmente formados.

A questão foi levantada principalmente após o Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação Nacional da AIDS, ter atribuído a enfermeiros e auxiliares de enfermagem a função de prescrever e tratar portadores de DST.

Observa-se que este tipo de embate não é raro na saúde pública e ocorre principalmente quando órgãos gestores do SUS, com o objetivo de garantir o acesso e aumentar a cobertura de algumas ações, atribuem a realização dessas atividades a outros profissionais, principalmente os enfermeiros. Diante de situações desse tipo, os médicos sempre invocam a questão da ética, porém, porém pode-se perguntar: o que seria mais ético? Respeitar o Código de Ética Médica ou garantir um atendimento que pode ser vital para o cidadão? É claro que precisam ser tomados os devidos cuidados com a prática do charlatanismo, porém não é disso que estamos falando, mas sim da delegação de ações já rotinizadas e normalizadas, em alguns programas específicos, para profissionais com formação adequada ao bom desempenho das mesmas.

#### 1.4.3- Sujeito e subjetividade

Os conceitos de sujeito e subjetividade são fundamentais para este trabalho, tanto por sua importância na definição do tipo de abordagem gerencial com os trabalhadores, como no sentido de buscar uma leitura mais profunda das demandas trazidas pelos usuários.

Antes de trabalhar o conceito de subjetividade, faz-se necessário abordar o conceito de sujeito. MINAYO (2001) nos diz que existem várias abordagens sociológicas a respeito do tema: “Os elementos comuns que parecem unificá-las são concepção de ser humano como criador das estruturas embora estas passem a condicioná-lo; a história como produto humano e a transformação como ação humana sobre a história”. A autora discorre sobre as referências de Weber e Marx na questão do papel dos sujeitos e das estruturas nas transformações sociais. “As abordagens compreensivas são aquelas que colocam a ação e a interação no centro da sociologia, entendendo que toda realidade é uma construção a partir da ação social do indivíduo e por isso possui significado e intencionalidade”, essa concepção é fundada no pensamento de Weber. Já em Marx “existiu sempre uma tensão

entre o peso dado às estruturas e às forças subjetivas em conflito e confronto, pelo domínio de processos sociais.” Apesar de os estudiosos de Marx enfatizarem sempre o peso maior dado ao papel de determinação da macroestrutura, Minayo<sup>4</sup> lembra que ele enfatizou a importância da ação humana sobre os fatos históricos: “A história nada não faz, ela não possui uma enorme riqueza, ela não luta lutas! É antes o homem que faz, luta, realiza e possui tudo. Não é a história que usa o homem como meio para realizar seus fins – ela não é senão a atividade do homem que persegue seus fins”.

A respeito do conceito de sujeito e subjetividade, GUATTARI E ROLNIK (1996) diz que, para ele,

os indivíduos são o resultado de uma produção em massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social.

Ao fazer estas colocações, cita algumas situações práticas nas quais o sujeito vai agir expressando seu desejo individual, porém deixa claro que para ele não existe uma subjetividade isolada do contexto social. Ou seja, é um conceito dialético no qual o indivíduo se expressa e age segundo seus desejos, segundo os interesses que o movem, porém, este desejo não é apenas o resultado de suas estruturas psíquicas internas e de um pensamento isolado da realidade, mas sim da mediação de tudo aquilo que o perpassa, que corta sua trajetória de vida, ou seja, é social, é histórico, mas não apaga a marcas de singularidade que faz de cada ser humano diferente do outro. Para o autor, a produção de subjetividade se dá em instâncias individuais, coletivas e institucionais.

---

<sup>4</sup> MARX, K, *apud* MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **ABRASCO – Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, .1, p.7-18, 2001.

ENRIQUEZ<sup>5</sup>, ao falar sobre a subjetividade nas organizações, diz que:

O sujeito é aquele que tenta sair tanto da clausura social como da clausura psíquica e da tranquilização narcísica. É um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade, e fazer das suas contradições, de seus conflitos e medos a própria condição da sua vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas e reconhece a alteridade do outro e sua própria alteridade.

DELEUZE (2001), ao analisar a concepção de Hume sobre o sujeito, corrobora com a idéia colocada anteriormente, dizendo que “o que se desenvolve é sujeito. Aí está o único conteúdo que se pode dar à idéia de subjetividade: a mediação a transcendência... Em resumo, crer e inventar, eis o que faz sujeito como sujeito”.

SANTOS (1999) traz uma reflexão mais ampla sobre o impacto da subjetividade, em comparação com a cidadania, nos processos de emancipação da sociedade. Inicia com um reconhecimento à produção teórica de Foucault ao tratar da questão das formas de controle da sociedade sobre as pessoas

Excesso de controle social produzido pelo poder disciplinar e pela normalização técnico-científica com que a modernidade domestica os corpos e regula as populações de modo a maximizar a sua utilidade social e a reduzir, ao mais baixo custo, seu potencial político.

Em seguida, faz uma crítica ao mesmo autor pelo fato de este ter exagerado ao considerar que o único resultado possível do projeto da modernidade era a regulação, como se fosse uma armadilha à qual qualquer ser humano fosse incapaz de escapar. Analisando e comparando os conceitos de subjetividade e da cidadania, diz que:

O conceito de subjetividade é mais amplo do que o da cidadania, porque abrange exclusivamente os direitos civis e políticos. Já a subjetividade abrange as idéias de auto-reflexividade e de auto-reponsabilidade e as particularidades que conferem a singularidade à personalidade. Ao consistir em direitos e deveres, a cidadania enriquece a subjetividade e abre-lhe novos horizontes de

---

<sup>5</sup> ENRIQUEZ, *apud* SÁ, M.C. Subjetividade e projetos Coletivos: mal –estar e governabilidade nas organizações de saúde. **ABRASCO – Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6.nº01. p 151-164,2001.

auto-realização, mas, por outro lado, a individualidade ao que nela há de universal, transforma os sujeitos em unidades iguais e intercambiáveis no interior de administrações burocráticas públicas e privadas, receptáculos passivos de estratégias de produção, enquanto força de trabalho, de estratégias de consumo, enquanto consumidores, e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos da democracia de massas. A igualdade da cidadania colide, assim, com a diferença da subjetividade...” (Sousa Campos 1999: 240)

Este conceito nos parece fundamental para pensarmos a gestão do processo de trabalho em saúde. Como contribuir para deixar fluir as relações intersubjetivas entre trabalhadores e destes com os usuários que sejam produtoras de trabalho vivo e reconheçam as necessidades singulares dos usuários dos serviços de saúde, e, ao mesmo tempo, como implantar dispositivos assistenciais capazes de traduzirem direitos de cidadania já escritos na carta constitucional e na lei orgânica da saúde?

#### 1.4.4- A autonomia dos trabalhadores

Aqui desenvolveremos o aspecto da autonomia dos trabalhadores na organização do seu processo de trabalho. A autonomia é uma característica da produção do trabalho em saúde em função do seu alto grau de imprevisibilidade e refere-se ao grau de liberdade que o trabalhador possui na sua atividade profissional. No exercício da clínica a maioria das situações não é passível de normalização, o que dificulta e até inviabiliza o controle do gerenciamento sobre os atos produzidos.

A autonomia, do ponto de vista do processo decisório de uma instituição, sempre será exercida em graus relativos com relação a outras instâncias de decisão. Para CAMPOS:

Autonomia pressupõe liberdade mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelo problemas dos outros ... Em tese, o trabalho autônomo quase dispensaria chefia e demandaria, quanto muito, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correção de rumo eventualmente necessárias.

Uma premissa clara e já historicamente constatada é o fato de o médico ser o trabalhador de saúde com maior grau de autonomia, pois ele é o que detém maior controle sobre seu processo de trabalho.

CAMPOS (1997) nos fala do dilema gerencial ao lidar com a autonomia profissional e os objetivos da instituição, defende que:

Um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. Autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelo problema dos outros.

Podemos dizer que a autonomia não é um atributo dado e imutável, mas é um processo histórico que se dá no jogo social e pode ser alterado numa dada conjuntura político-institucional.

Uma possibilidade que vem sendo experimentada em alguns municípios é a democratização da gestão, na qual a autoridade legalmente constituída na função de gestor partilha com os trabalhadores o processo de decisão. Esta forma de gestão, desde que seja de fato democrática, pode propiciar a constituição de sujeitos coletivos que se tonam atores no processo de planejamento e gerenciamento dos serviços. CAMPOS (2000), a respeito das teorias administrativas ou métodos de gestão, coloca que:

a Racionalidade Gerencial Hegemônica fundamenta-se na instituição de radical diferença de poder entre a cúpula diretiva e os agentes da produção. O exercício deste poder cuida de impor uma objetividade aos trabalhadores, restringindo-lhes os espaços por onde se poderia manifestar sua própria subjetividade

Os modelos de administração tradicionais impedem os trabalhadores de expressarem seus desejos e interesses, reforçando a alienação e tentando colocar uma camisa de força nos trabalhadores, cultivando assim a ilusão de que controlam todos os seus atos.

CAMPOS (1994) nos coloca outra pergunta: não seria este o desafio central de qualquer sistema de governo que se pretenda eficiente e democrático, administrar diferenças e choques entre distintos desejos e interesses e não ignorá-los, negá-los e reprimi-los em nome de uma suposta objetividade?

Estes conceitos nos parecem fundamentais para sustentar uma discussão sobre qual o melhor caminho a ser seguido pelos gestores na coordenação e planejamento das Unidades de Saúde. A questão que se coloca é como conseguir manejar um processo de gestão compartilhada que reconheça momentos nos quais é preciso deixar que apareçam os conflitos e outros nos quais é necessário exercitar à exaustão a prática da negociação?

#### 1.4.5- O poder e o saber nas instituições

Ao problematizarmos a gestão do processo de trabalho em saúde, no interior de um hospital, não podemos deixar de levar em conta as relações e as disputas por espaços de poder.

Para isso é importante considerarmos o conceito de instituição. BARBIER (1985) diz que, etimologicamente, instituição é a coisa estabelecida - do latim: *instituere*, colocar em. O mesmo autor aprofunda a discussão sobre o conceito procurando situá-lo no campo da sociologia. Considera que o conceito de instituinte revolucionário de Rousseau não foi apreendido e trabalhado pela sociologia durante um longo período da história. Já para Castoriades<sup>6</sup>, não se deve representar a instituição de maneira unívoca sob o ângulo econômico e funcional, mas sim procurar compreender a sua dimensão simbólica e imaginária. Então, para Castoriades, a instituição é uma rede simbólica, socialmente sancionada, na qual se combinam em proporções e relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário.

---

<sup>6</sup> CASTORIÁDES, 1985, *apud* BARBIER, R. **Pesquisa, ação na instituição educativa**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985

É importante ressaltar também que o conceito de instituição é um conceito dialético que carrega em si o instituinte e o instituído. O instituído como algo que está estabelecido e o instituinte como um movimento que irrompe o agente no sentido revolucionário de mudar o que está instituído.

O conceito de poder nos interessa aqui não no seu sentido macrossocial, enquanto um arcabouço jurídico de dominação e controle social. Para a análise do poder no hospital importa muito mais nuances de expressão das relações de poder nos microespaços de trabalho. Embora já tenha sido citada retoma-se a crítica feita por SOUZA SANTOS (1999) às abordagens de Foucault, nas quais este se refere ao poder como uma malha na qual torna-se praticamente impossível o imergir dos sujeitos enquanto atores de processos de mudança; não seria correto deixar de reconhecer a importância do autor na produção teórica que desvela as formas sutis de exercício de controle da sociedade sobre os indivíduos que tentam escapar das regras estabelecidas.

Ainda sobre as relações entre poder e saber, CARAPINHEIRO (1998) diz que um não é redutível ao outro, assim como o saber não funciona como determinante em relação ao poder. Poder e saber funcionam numa relação de correlação e não de causalidade, implicam um ao outro.

Neste trabalho buscaremos identificar e analisar as relações de poder como relações institucionais históricas, que se dão em um espaço particular e em um momento singular de constituição de um hospital, que embora esteja parcialmente definido, na sociedade, enquanto uma estrutura já instituída e legitimada socialmente, constitui-se também como um espaço instituinte pelo fato de ser um serviço novo orientado por uma política institucional que busca provocar transformações radicais nas relações entre gestão e trabalhadores, e entre estes e os usuários.

MACHADO (1993) coloca que a idéia básica de Foucault é a de mostrar que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem em nível do direito, nem da violência; não são basicamente contratuais nem unicamente repressivas. Para Foucault, não existe um lado que detém o poder e outro que é completamente desprovido dele. Rigorosamente o poder não existe; existem, sim, práticas ou relações de poder.

CARAPINHEIRO (1998) referenciado em Foucault nos apresenta o seguinte conceito “O poder é a maneira como funcionam as tecnologias políticas na sociedade, através de rituais que segregam relações desiguais e assimétricas”.

Ainda para MACHADO (1993) o poder, segundo Foucault, não pode ser caracterizado só pelo uso de práticas repressivas. O que interessa ao poder não é apenas proibir, “e sim gerir a vida dos homens, controlá-las em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo”.

Ao fazer estas colocações, Machado chama a atenção para o fato de que Foucault realizou seus estudos em instituições e momentos específicos, portanto é necessário ter o cuidado de não generalizar suas afirmações para as várias situações que a realidade nos apresenta.

Entrando mais especificamente na questão do poder e do saber dos médicos no hospital, que é um dos objetos deste trabalho, CARAPINHEIRO (1998) situa a questão do saber médico não como algo que seja de domínio uniforme por parte da categoria mas aponta que, mesmo entre os médicos, é possível identificar diferentes parcelas de saber e poder. Afirma que na medicina, um dos corpos de conhecimento profissional reconhecido como menos vulnerável à rotinização e à desqualificação, registram-se processos internos de evolução científica e técnica, de que podem resultar segmentos de conhecimentos de <sup>7</sup>práticas mais permeáveis à hipótese da desqualificação profissional. Para a autora não há um saber médico, mas vários saberes médicos e essa afirmação pode ser constatada se compararmos, por exemplo, o poder de um especialista e de um clínico geral numa unidade hospitalar especializada.

CECÍLIO (1999) aponta que no hospital moderno não existe um modelo de administração do tipo ideal Weberiano e considera que no hospital de hoje convivem dois tipos de autoridade: a autoridade hierárquica tradicional, e a autoridade que

---

<sup>7</sup> CARAPINHEIRO, G *apud* CECÍLIO, L.C.O (Org.). Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4. n<sup>o</sup>2. p. 315 - 330, 1999.

Os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber de curar doenças e salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital.

O mesmo autor, citando Carapinheiro<sup>7</sup> (1999:321), mostra que este

alerta para a simplificação que seria adotar a dicotomia que considera a autoridade administrativa como arbitrária e a autoridade com origem na especialização técnica e no poder profissional como funcionalmente neutra e naturalmente produtora de adesão e consentimento. Para ele, a relação entre os médicos e os não médicos, quando regulada pela autoridade originada na competência profissional, tem conseqüências muito semelhantes àquelas resultantes da utilização da autoridade burocrática, visíveis na experiência dos outros trabalhadores e dos clientes.

Para o autor, qualquer modelo de gestão que pretenda democratizar as relações e o poder de decisão, criando espaços para a construção de sujeitos coletivos, deve se ocupar em desmontar não só as linhas verticais de poder, como também a “verdadeira trama de relações de poder que se tecem em todas as direções , sem correspondência necessária na hierarquia formal, por exemplo, ao nível da equipe.” A partir destas afirmações, questiona se os modelos de gestão que preconizam formas colegiadas de direção, não estariam subestimando estas várias redes de poder que se constituem nas unidades de trabalho, e se não estaria agindo de fato somente na “quebra das linhas verticais de comando”.

#### 1.4.6- A gestão do processo de trabalho

Na década de 90 observa-se um movimento de mudança na denominação e na forma se exercitar os cargos que se destinam à função de coordenação de serviços de saúde. Em várias instituições deixa-se de lado os termos “chefes” ou “diretores” e passa-se a usar os termos “coordenadores”, “gerentes”, nas unidades públicas de saúde incorpora-se o termo “gestores”. Isto porque veio se construindo um consenso sobre a necessidade,

inclusive para o processo produtivo direto, de que esta função deveria passar a ser desenvolvida com um conteúdo menos centralizador e controlista. MOTTA (1991) vê a atividade da gerência como algo em construção e destaca o papel do dirigente na tomada de decisão. Para ele, “a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados”.

É importante que se faça aqui uma diferenciação entre a concepção de gestão e administração. Vejamos o que TESTA (1995) diz sobre a administração:

Os objetos de trabalho da administração são os recursos; suas funções são: conseguir que o conjunto de recursos necessários para realizar uma atividade se encontrem presentes no lugar e no momento em que ela vai se desenvolver e dispor do produto resultante disso, já a gestão é entendida aqui a partir da leitura de vários autores que vêm trabalhando este tema, como um espaço de poder que se destina a coordenar e dar direcionalidade às ações e projetos de uma organização, com o objetivo de obter um resultado que se aproxime da missão definida para ela.

Para MERHY et al.(1997): “A gestão institucional seria toda intervenção de governo que possibilitasse “publicitar” os processos de disputa e revelar a “contratualidade” que os agentes instituem entre si, definindo uma certa cara instituída para o serviço”. Portanto, a gestão se ocupa, primordialmente, de colocar o projeto institucional na pauta e de manejar os conflitos emergidos entre os diferentes agentes e atores envolvidos neste processo. É claro que um gestor ou gerente do setor saúde se ocupa também da administração de recursos materiais e/ou financeiros, porém sua tarefa mais complexa é aquela que diz respeito ao manejo perante as diferentes posições e estratégias assumidas implícita ou explicitamente pelos trabalhadores diante dos projetos institucionais.

O lugar da gestão dos serviços e sistemas de saúde se constitui necessariamente em um espaço de disputas de idéias e propostas. MERHY (1999) nos diz que “A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial.”

SCHRAIBER et. al (1999), ao discutir o papel dos gerentes de unidades produtoras de assistência à saúde, chama atenção para as mudanças ocorridas na década de 90, após a aprovação do SUS pela constituição; para ela houve uma ampliação deste papel, no qual além da

figura de “representante do interesse público”, somou-se a figura do profissional que, técnico em organizar a produção – o gerente deve otimizar a produtividade, manejar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, envolvendo todas as questões de eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento (“empresa”) estatal.

A mesma autora discorre ainda sobre as novas funções do gestor público de saúde advindas da necessidade de se efetivar as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, destacando entre elas:

garantir da universalidade e equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e dos trabalhadores no processo de decisão; lidar com a integralidade das ações, criando formas de interação e gerenciando conflitos. Aponta também para a dimensão técnica deste trabalho, a qual é essencial para “...encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas.” (SCHRAIBER et al. 1999, p.225)

CAMPOS (1994) traz para o centro do debate a discussão da importância dos trabalhadores de saúde como sujeitos coletivos e individuais na construção de projetos de saúde comprometidos com os interesses dos usuários. Para ele, “os trabalhadores de saúde são produtos dos sistemas de relações em que estão mergulhados mas são, ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo.”

Quanto aos modelos de gestão, o mesmo autor considera:

é preciso instigar os trabalhadores para que eles se impliquem com o adoecer, com o projeto terapêutico, enfim, com a defesa da vida, em primeiro lugar, e, para isto, não é suficiente a incorporação de novas tecnologias de gestão, mas “Algo muito simples e direto como seria fazer uma radical revolução silenciosa. Algo tão singelo quanto

reordenar a distribuição de macro e micropoderes. Tratar-se-ia, na verdade, da atualização de uma velha utopia anarquista, do detalhamento de antigo preceito doutrinário do socialismo, que nunca foi levado à prática, e , que, hoje, mereceria ser reexaminado à luz de experimentações concretas que realmente implantassem o auto-governo das instituições . (CAMPOS,1994, p.43)

Ou seja,

... teríamos que criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas e tidas como antagônicas. Haveríamos que inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem binômios como o da centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidades com objetivos da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros.

Estamos de acordo com esta concepção de que nem tudo, nas relações trabalhador-gestor e trabalhador-usuário, está previamente determinado pelo arcabouço da macroestrutura econômica e social próprias do sistema capitalista, impedindo assim qualquer processo de mudança, embora seja importante não desprezar o poder desta determinação. Uma das provas disso, é o fato de ter sido aprovada, na constituição brasileira, um sistema de saúde como o SUS, o qual carrega em si propostas que avançam enormemente no sentido da busca da igualdade social. É possível portanto, para os atores sociais, adotar estratégias que alterarem o jogo do modelo médico hegemônico instituído, explorar as contradições que se apresentam nas relações existentes dentro do próprio modelo dominante, e apostar na possibilidade de disputar propostas que tracem outros rumos para os projetos de assistência à saúde em defesa da vida.

Estas premissas nos remetem a pensar sobre quais métodos de planejamento e os modelos de gestão usualmente utilizados nos serviços de saúde, os quais podem funcionar como ferramentas capazes de propiciar a constituição de sujeitos coletivos.

#### 1.4.7- O trabalho em equipe e a questão das disciplinas

Entrando mais diretamente na questão do trabalho em equipe, vamos discuti-la, inicialmente, a partir dos conceitos de termos que historicamente vêm sendo utilizados para embasar o tema da integração disciplinar. Segundo NUNES (1995), para Foucault, disciplinas são “conjuntos de enunciados que emprestam sua organização a modelos científicos, que tendem à coerência e à demonstratividade, que são recebidos, institucionalizados, transmitidos e ensinados como ciência [...]”. Ainda em Nunes (1995: 104-106), encontramos a conceituação dos termos acima referidos:

Multidisciplinaridade: “está se referindo a uma justaposição, sem necessariamente trabalho de equipe e coordenação”.

Pluridisciplinaridade: “avança-se um pouco em relação à situação anterior. Neste caso já se pode estabelecer algumas relações entre as disciplinas, mas de modo geral ainda persiste o “agrupamento entre alguns módulos disciplinares”.

Transdisciplinaridade: “seria uma etapa superior, não há somente relações ou reciprocidade, mas as ligações se situariam num plano total, sem fronteiras entre as disciplinas”.

A respeito da interdisciplinaridade, ALMEIDA FILHO (2000) cita a noção originalmente piagetiana na qual interdisciplinaridade

implica axiomática comum a um grupo de disciplinas científicas conexas, cujas relações são definidas desde um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas. Esta última atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares mas particularmente como coordenadora do campo disciplinar.

Com relação à questão do trabalho em equipe, alguns autores defendem a idéia de que a discussão da disciplinaridade aplica-se muito mais ao campo da investigação do que ao das práticas sociais. Embora nos forneça elementos fundamentais para iniciarmos uma reflexão, não dá conta de categorias que não se enquadram em campos disciplinares específicos, como por exemplo as questões da ética e da subjetividade. Parece-nos mais apropriada a proposta de Almeida Filho quando propõe como objeto a questão saúde–doença–cuidado. Esta tríade traduz um objeto multifacetado: a saúde, sem dúvida, um dos conceitos mais difíceis de serem colocados por meio de positividades, comumente explicitado pela negação da doença, necessitando de um aporte filosófico e sociológico

para sua explicação e compreensão. A doença, embora seja mais fácil afirmá-la e enquadrá-la no campo das ciências biológicas, ainda assim também é um objeto complexo. O cuidado, colocado como o principal objeto de trabalho da enfermagem, em seu aspecto mais amplo, pode ser exercido por todas as pessoas, profissionais, familiares, voluntários, amigos, os quais se disponham em algum nível a cuidar de pessoas que se encontram em situação de fragilidade, não podendo também ser enquadrado como uma disciplina.

Sobre o cuidado em saúde e o exercício da clínica, MERHY (1998: p.117) defende a idéia que:

Todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de Saúde, é sempre um operador de cuidado, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo; e, ao ser identificado como responsável pelo projeto terapêutico, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde.

Mas seria o cuidado o principal objeto de trabalho das equipes de saúde? Entendemos que o cuidado faz parte do plano terapêutico, sendo este o principal ato produzido e consumido na atividade assistencial. É no delineamento do plano terapêutico, no qual está incluído o diagnóstico e o tratamento, que vai se perceber ou não a necessidade de ampliar os olhares sobre cada caso específico. A priori não é possível se definir de quais profissionais o usuário vai necessitar, isto só vai se dar a partir de um conhecimento mais profundo sobre o problema de saúde que se apresenta. O plano terapêutico se delinea, portanto, num primeiro momento no acolhimento da pessoa que procura o serviço, e, posteriormente, no processo conduzido pelo profissional responsável pelo caso. Podemos dizer então que o profissional que faz a primeira escuta vai exercer um papel definidor na utilização ou não de uma clínica mais ampliada, e portanto de uma assistência integral.

Na história da constituição da prática clínica, FOUCAULT (2001) situa no século XVIII a instituição do método clínico ligado à emergência do olhar médico no campo dos signos e dos sintomas.

SOUSA CAMPOS (1997) a respeito do trabalho em saúde, e diríamos que mais especificamente da clínica nos diz que “sempre há uma outra subjetividade diretamente implicada. Proximidade carnal, interferência sobre o corpo e a vida de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero, ou a indiferença do objeto cuidado.” Esta relação muito próxima com o usuário, na qual o profissional deveria escutar as queixas, identificar os sintomas e medir, auscultar e olhar os sinais, é o exercício da clínica.

SOUSA CAMPOS (1997) faz uma crítica aos teóricos que analisaram a prática clínica como um método que toma conta e direciona todo sujeito que o utiliza, como se fosse uma relação aprisionadora que fatalmente levasse “a repetir um comportamento estereotipado”. Busca então inspiração em Berlinguer e Baságli por estes terem demonstrado a possibilidade de operar mudanças a partir da vontade política e da ação de sujeitos e grupos humanos concretos. O exemplo disto foi a reforma psiquiátrica realizada na Itália e em curso hoje no Brasil, alterando não só as macroestruturas manicomiais, mas o próprio modo de fazer a clínica do portador de sofrimento mental, isto se dando em um contexto histórico adverso, no qual não aconteceu nenhuma mudança estrutural no modelo econômico e político desses dois países.

MERHY (1998) relativiza o conceito tradicional de clínica, afirmando que “todos os trabalhadores, de uma forma ou de outra, fazem clínica.” Esta afirmação está sustentada por dois argumentos:

- primeiro porque os usuários, ao procurarem os serviços de saúde, buscam “a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo”;
- segundo, porque a clínica não seria só a efetivação do diagnóstico, prognóstico e cura, “mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.”

Consideramos importante aqui resgatar a velha discussão, que parece já ter sido superada no campo teórico, de que trabalhar em equipe seria ter todos os trabalhadores desempenhando todas as tarefas. Um conceito que é muito útil para evitar que se caia nesta armadilha é o que SOUSA CAMPOS (1997) denominou de campo e núcleo de competência e responsabilidade profissional. Ele entende por núcleo, “o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade.” O campo seria constituído por “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades”. Estes termos serão muito utilizados neste trabalho, pois são muito úteis na conceituação e operacionalização do trabalho em equipe, permitindo não cairmos no discurso banalizador de equipe no qual todos fazem tudo, o qual acaba por afastar aqueles que vêm nisso um perigo de perder a importância prática e o valor simbólico se sua formação profissional específica.

MUCCHIELLI diferencia o “trabalho em grupo” do “trabalho em equipe”. O primeiro

é definido como” uma estrutura no interior da qual se acham reunidos os trabalhadores de mesma profissão em que cada um realiza o mesmo trabalho da mesma maneira (no exemplo dado: um consultório de vários dentistas); o segundo é definido pela multidisciplinaridade (o trabalho em equipe agrupa profissionais de categorias diferentes, obrigados a se completarem, a se articularem, a dependerem uns dos outros para realizarem seus objetivos.

Abordando o trabalho em equipe específico da área de saúde, Peduzzi (1998:16) cita Testa<sup>8</sup> para quem “a equipe de saúde é uma miniorganização que reconstrói a unidade perdida através das sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes, unidade que se refere ao trabalho social cujo objetivo é a atenção à saúde”.

---

<sup>8</sup> TESTA, 1998, *apud* PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998 (Tese – Doutorado - UNICAMP)

Continuando a discussão do conceito de equipe a partir dos termos interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, consideramos interessante acrescentar também a idéia da multirreferencialidade, desenvolvida por vários autores em livro organizado por Jacques Ardoino, segundo a qual há um reconhecimento de que não é possível voltar atrás na história e produzir uma formação profissional que consiga contemplar todas as ciências:

Não há e não haverá jamais um esperanto das ciências do homem e da sociedade (apesar da bordagem sistêmica que disputava pelo menos implicitamente tal função!), se não se quer correr o risco de regressar ao nível do mínimo denominador comum, cuja linguagem da organização e da administração fornece-nos abundantes exemplos, ou de recair no engodo de uma transdisciplinaridade, (Ardoino,1998:37).

Com relação aos objetos complexos, diz ainda:

Assumindo plenamente a hipótese da complexidade, até mesmo da hipercomplexidade, da realidade a respeito da qual nos questionamos, a abordagem multirreferencial propõe-se a uma leitura plural dos seus objetos (práticos ou teóricos), sob diferentes pontos de vista, que implicam tanto visões específicas quanto linguagens apropriadas às descrições exigidas, em função de sistemas de referências distintos, considerados, reconhecidos explicitamente como não redutíveis uns aos outros, ou seja, heterogêneos. (Ardoino,1998:24)

Nunes trata também desta questão, colocando que:

a disciplinaridade e a interdisciplinaridade necessitam ser vistas em seus condicionamentos históricos-sociais no contexto de uma sociedade em que a especialização e a proliferação e fragmentação do conhecimento passam a fazer parte de uma sociedade competitiva e corporativista” (Nunes,1995:98

É um alerta para muitos que tratam da questão como se dependesse só da vontade dos envolvidos e pudesse ser repensada a partir de movimentos voluntários, e não através da busca incessante da interação de conhecimentos e objetos integradores.

O autor transcreve ainda Michelet, no seu “Discurs sur l’unité de la science”:

O tempo dos especialistas chegou; o território epistemológico, alargando-se, não cessa de fragmentar; as certezas se reduzem para se tornarem mais precisas”; “cada disciplina se encerra no esplêndido isolamento de suas próprias metodologias, transformando a linguagem das ciências rigorosas em uma espécie absoluta.”

Ultimamente temos visto vários movimentos de tentar um retorno nostálgico da medicina às práticas do médico de família ou do generalista. Este movimento é resultado de uma crítica contundente às abordagens fragmentadas produzidas pelos especialistas, principalmente pelas especialidades médicas, as quais, além de elevarem o custo da assistência à saúde, não têm trazido benefícios aos pacientes, pelo menos na mesma proporção do aumento dos custos. Portanto a crítica a este tipo de atuação se dá pelo discurso da redução dos custos, pois sabe-se que, quanto mais se utiliza o atendimento especializado, mais se consome procedimentos de apoio diagnóstico de alto custo. Contraditoriamente a esta defesa discursiva do médico generalista, que vem se dando prioritariamente no setor público, cada vez mais o mercado estimula o consumo de procedimentos, insumos e medicamento sofisticados, a maioria deles solicitados, realizados e analisados por especialistas; esta prática é a que vem estimulando o aumento crescente do número de consumidores que aderem aos planos de saúde. Seria então o médico generalista o grande agente capaz de resgatar a integralidade?

Ainda sobre as disciplinas e a legitimidade social conferida às profissões de saúde, MACHADO (1995) afirma:

a existência de um corpo de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir profissão. A medicina, vista nesta perspectiva, é considerada como profissão, enquanto que os farmacêuticos e os enfermeiros seriam semi-profissões. A justificativa para tal diferenciação é a ausência de um corpo específico de conhecimento, como a inexistência de um mercado de trabalho inviolável.

Discutindo o conceito de trabalho em equipe, uma referência importante é a tese de doutorado de Marina Peduzzi, na qual utilizou como um dos referenciais teóricos centrais a teoria do agir comunicativo de Habermas. Neste trabalho ela conclui pela proposição de dois termos que indicariam diferentes formas do trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe interação.

Ao relatar e analisar as entrevistas com os profissionais no processo de comunicação, utiliza o referencial teórico no qual:

Habermas (1989:167) abarca a representação de estados e acontecimentos do mundo objetivo, a produção ou a renovação de relações interpessoais no mundo social das interações legitimamente reguladas, bem como as manifestações de vivência do mundo subjetivo a que o falante tem acesso privilegiado. É na amálgama das dimensões objetiva, ético-social e subjetiva que HABERMAS situa a prática comunicativa.

(...) Habermas (1989) concebe a interação como a comunicação, livre de opressão, que busca o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos. A dimensão comunicacional, nesse sentido, contempla a participação dos agentes na busca de consensos pautados em pretensões de validade. Ou seja, os sujeitos em comunicação contestam continuamente os enunciados e as normas subjacentes, e com base nessa prática dialógica colocam-se de acordo acerca do projeto assistencial — qual a finalidade do conjunto de trabalhos que realizam, por que e como vão atingi-la. (PEDUZZI, (1998, p. 154).

Para a autora, a equipe integração é aquela que incorpora o agir comunicativo em sua prática de trabalho, não só na dimensão das relações pessoais, mas também na negociação e na busca de consenso em torno do projeto assistencial. Já a equipe agrupamento, embora atue no mesmo espaço e com o mesmo objeto, não exercita a comunicação no sentido da construção do projeto; quando o faz, quando há comunicação esta é voltada para aspectos da relação pessoal. O trabalho, neste caso, continua parcelado e fragmentado.

Nas suas conclusões, identifica a equipe agrupamento nos serviços citados no início deste trabalho, como os mais estruturados e mais normalizados. Já a equipe integração é aquela que consegue praticar o agir comunicativo, que no caso do estudo realizado pela autora foi evidenciada no Ambulatório de Saúde Mental.

Retomamos aqui a questão da gestão do processo de trabalho na concepção que defende a possibilidade de mudanças no sentido de avançar rumo a um sistema de saúde público e em defesa da vida, apostando na democratização do espaço da micropolítica nos serviços de saúde. Aqui queremos discutir os conceitos de agente, ator, e introduzir a idéia de autor. PEDUZZI (1993) adota em seu trabalho o termo agente, entendido

como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde, colocando em evidência as relações entre a pessoa que se torna um agente técnico e os demais elementos do processo de trabalho (objeto, instrumentos, atividade do trabalho), assim como sua relação com as demais práticas sociais, articuladas às práticas de saúde.

Quanto ao conceito de ator, Mário Testa trabalha os termos ator individual e ator coletivo e suas relações de poder na área da saúde.

Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo. (...) O ator coletivo é um agrupamento de sujeitos sociais individuais transformado em ator social.

Ardoino (1998: 27) introduz a discussão das noções de agente, autor e ator:

Lembremos, para ilustrar nossa proposição, que a Escola francesa da sociologia das organizações acreditou estabelecer uma feliz distinção entre agentes e atores, retomada desde então pelos sociólogos de campo, como também pela maioria dos psicossociólogos práticos. Esta distinção sugere que tratamentos muito diferentes dos “recursos humanos” poderão provir daí, por si só já efetivamente satisfatória porque operatória, mas no fundo contém também uma interrogação teórica, senão epistemológica. (...) As noções de agente e de ator, postas em relação, tendem, desse modo, ao reconhecimento implícito de uma fronteira entre duas ordens de representações: a do sistema pelo

qual o agente, parte dos arranjos, definidos pelas suas funções, que implicam um modelo mais mecanicista, sobretudo atribuído ao espaço, ou à extensão, fica essencialmente afetado pela determinação do conjunto; ... o ator, provido de consciência e de iniciativa, capaz de pensar estratégias, encontra um grau de intencionalidade própria que fica, não obstante, ligadas tanto a um efeito de um determinismo de campo quanto ao peso das macroestruturas. Ao mesmo tempo, o ator é reconhecido como co-produtor de sentido. O autor é, realmente, o fundador, o criador, até mesmo o genitor; seja como for, aquele que se situa e que é explicitamente reconhecido pelos outros como estando na origem de. Com esta noção, convém observar, o biológico se associa ao ético.

Sobre a escolha do termo eleito nesta dissertação para designar as pessoas que desenvolvem sua atividade laborativa na área da saúde, e pensando numa reflexão feita por TESTA (1995, p.123) a respeito dos chamados “recursos humanos” na qual ele diz que “o que está implícito é uma lógica que acentua a alienação e a coisificação dos enfoques mais rigidamente produtivista da sociologia organizativa”; e argumentando, como o fazem também outros autores, que a forma mais adequada seria o termo “força de trabalho, por sua conotação terminológica, própria da literatura marxista”, optamos por utilizar o termo “profissional” (ao nos referirmos aos técnicos de nível superior) e trabalhadores (ao nos referirmos ao pessoal de nível médio e ao pessoal que trabalha na área de saúde de maneira geral. O termo força de trabalho não seria adequado nesta dissertação, uma vez que seu enfoque principal está voltado para a organização dos microespaços de trabalho e não para as questões mais gerais ligadas à regulação do mercado de trabalho.

Ao analisarmos a inserção de diferentes profissionais na produção das mais variadas práticas de saúde, certamente estaremos diante de realidades onde eles terão graus de poder e legitimidade diferenciados nas esferas da gestão e da assistência, e em cada situação específica poderão situar-se como agente ou ator, e mais raramente como autor. Será na perspectiva da constituição de trabalhadores enquanto sujeitos de processos de mudança que estaremos utilizando preferencialmente o termo ator.

Neste trabalho discutiremos a prática do trabalho em equipe na área da saúde, tendo como referencial a idéia de que o termo interdisciplinaridade não é o mais adequado para sustentar toda a complexidade e multiplicidade que estão envolvidas na abordagem do objeto complexo que é a saúde, como aliás já havia sido apontado na tese de Peduzzi, sendo este termo mais adequado às atividades de investigação.

Já a idéia da multirreferencialidade incorpora a idéia de pluralidade, uma leitura plural do objeto complexo que é a saúde. Esta idéia nos parece mais próxima do caminho histórico que vem percorrendo tanto a ciência quanto as profissões, tendendo muito mais para a especialização do que para o retorno a uma informação mais integral. Neste sentido a busca da recomposição do todo talvez se dê mais pelas interfaces dos conhecimentos produzidos em cada área do que pela volta à formação integral do homem no sentido grego.



## ***2- OBJETIVOS***



## **2.1- Objetivo geral**

Contribuir para aprofundar os conhecimentos sobre o conceito de trabalho em equipe na área da saúde, evidenciando as ferramentas de gestão que possuam potência no sentido de facilitar este trabalho.

## **2.2- Objetivos específicos**

- Avaliar os resultados das propostas de gestão do trabalho em equipe, na Unidade de Pediatria do Hospital Público Regional de Betim, desde a sua inauguração;
- Evidenciar as relações de poder e os diferentes graus de autonomia que se dão nos espaços de trabalho, os quais se constituem em obstáculos ao processo de interação entre os profissionais, destes com a gerência e com os usuários;
- Avaliar as possibilidades de potencialização da competência profissional no sentido do exercício de uma clínica ampliada, a qual consiga colocar a serviço do usuário todos os conhecimentos próprios de cada profissão, bem como a tradução das manifestações da subjetividade do usuário, na elaboração do plano terapêutico.



### *3- MATERIAL E MÉTODOS*



Ao definir o objeto desta pesquisa dentro do campo do processo de trabalho em saúde, tendo como foco principal o trabalho em equipe, a metodologia considerada por nós como mais adequada é a qualitativa. No entanto, no decorrer deste processo pairava uma grande dúvida sobre os caminhos metodológicos e os instrumentos a serem utilizados, dúvida esta que estava relacionada a uma falta de definição mais precisa do foco que se queria dar ao objeto.

A princípio, nosso desejo era conseguir responder, do ponto de vista do usuário, se a intervenção de vários profissionais trazia resultados positivos para sua saúde. Porém, a certeza sobre o grau de complexidade que seria realizar uma investigação diretamente com os usuários, e o dilema, entre focar o objeto no usuário ou no trabalhador da saúde, fez-nos optar pelo trabalhador, uma vez que nos interessava entender também o processo de gestão da organização do trabalho. Esta opção não significou deixar totalmente de lado o desejo primeiro, porém, este olhar sobre o usuário passou a ser feita de forma mais indireta.

A dificuldade e o desafio na definição do caminho metodológico a ser seguido fez parte do processo de descoberta das várias facetas do objeto, permitindo-nos também aprender sobre ele, em sua generalidade, enquanto nos aproximávamos daquilo que seria nosso interesse mais específico. Desde o início o interesse estava centrado no trabalho em equipe, porém durante as leituras e reflexões a respeito do tema é que foi se definindo melhor quais os aspectos a serem estudados com maior profundidade.

No processo de definição das categorias a serem estudadas, foi reforçada a certeza de que o único método capaz de tornar mais evidente os temas em questão era o qualitativo. Isto não quer dizer que não tenha vindo à tona o velho problema da validade colocada pelo positivismo. Ou seja, ao decidir pelo estudo, em profundidade, a partir de um caso clínico, ocorreu-nos que poderia ser questionada a validade dos resultados obtidos, principalmente quanto à possibilidade de utilizá-los para se tirar conclusões mais genéricas e estendê-las a outros serviços.

Quanto a isso, MINAYO (1993, p.239), ao discutir o problema da validade nas ciências sociais, diz que:

o positivismo clássico responde à questão da validade e da verificação com a exigência de rigor colocada no método e nas técnicas de “captação” da realidade. Como o termo “captação” sugere, o pressuposto básico dessa corrente é de que o objeto se impõe ao sujeito que deve procurar a melhor forma de retratá-lo. A verificação se realiza através da observação empírica que, se puder ser repetida e comprovada por várias vezes, independentemente do sujeito, será reconhecida como objetiva.

Esses critérios de cientificidade têm sido questionados. Para ilustrar estes questionamentos, POPPER<sup>1</sup> sendo um neopositivista, “coloca em questão os critérios tradicionais de validade do conhecimento, na medida em que, do seu ponto de vista, nenhuma hipótese é verificável, pois a acumulação de casos afirmativos não pode sustentar uma generalização teórica”

Ainda sobre as formas de construção do conhecimento e da apreensão da realidade, é interessante refletirmos sobre as colocações de KOSIC<sup>2</sup> a respeito da velha polêmica da objetividade/subjetividade e o conceito de práxis, Minayo nos diz que, para Kotic:

o conhecimento, representa uma das formas de apropriação do mundo, que contém os dois modos humanos de apropriação, o sentido e o conceito objetivo: o processo de captação e o descobrimento do sentido da coisa é ao mesmo tempo criação, no homem, do correspondente sentido da coisa. Esses mesmos sentidos, por meio dos quais o homem descobre a realidade e o sentido dela, são um produto histórico-social.

Ainda para Kotic, a questão da práxis, como critério de verdade, estaria na capacidade de o conhecimento “abranger a explicitação dos fenômenos culturais como atividade prática objetiva do ser humano histórico”. Para ele, este processo de construção possui três momentos:

---

<sup>1</sup> POPPER *apud* MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO, 1993.

<sup>2</sup> KOSIC *apud* MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO, 1993

- a – A destruição da pseudoconcreticidade, ou seja, a falsa idéia de que é possível um conhecimento autêntico e objetivo do fenômeno;
- b – A compreensão dos fenômenos em seu caráter histórico e inseridos na dialética do individual e do social;
- c - A importância do desvendamento e do significado tanto da função objetiva quanto do lugar histórico que ocupa o fenômeno estudado.

Ao orientar a pesquisa por estes princípios, optou-se por realizar um estudo que procurasse olhar o processo de trabalho por dentro de uma situação concreta de atendimento, reconhecendo que este olhar não era um olhar imparcial e sim um olhar de um sujeito carregado de intencionalidade. Não nos interessava apenas levantar, entre os profissionais, suas representações sociais sobre o tema trabalho em equipe, e sim tentar captar como eles realizam seu trabalho “em ato” diante de um usuário que necessita de seu atendimento.

A investigação deu-se na Unidade de Pediatria do Hospital Público Regional de Betim, por se tratar de uma unidade assistencial que manteve o mesmo gerente desde a inauguração do hospital e também por ser considerado o serviço que mais avançou na implantação das diretrizes assistenciais e de gestão propostas inicialmente.

Optamos pelo estudo de um caso clínico, não com o objetivo de analisar a adequação das condutas clínicas específicas, mas sim utilizando-se deste estudo de caso como uma trilha capaz de indicar um dos caminhos percorridos pelas equipes no atendimento de casos semelhantes. O critério utilizado para escolha foi um caso para o qual durante a internação tivesse acontecido a atenção de profissionais de diferentes categorias. Não interessava selecionar prontuários aleatoriamente e avaliar quantitativamente se houve ou não trabalho em equipe, mas analisar um caso no qual este trabalho tivesse condições objetivas de ser realizado. O estudo foi feito por meio da análise de prontuário e de entrevistas entrevista semiestruturadas.

Antes da escolha do prontuário, foi realizada uma observação participante, com o objetivo de melhor direcionar as perguntas das entrevistas. Nesta observação, constataram-se alguns fatos que nos orientaram a não fazer alguns tipos de perguntas como, por exemplo, se o atendimento era feito em conjunto pela equipe, pois observamos que cada profissional se dirigia ao leito em momentos diferentes. Além disso, tomamos algumas informações anteriores, com a gerente da unidade de alguns outros trabalhadores, o que também levou à eliminação de questões que haviam sido formuladas anteriormente.

Após a seleção do caso, procedeu-se a leitura do prontuário, anotando em separado os pontos que chamavam a atenção nas anotações diárias de cada profissional. O cuidado maior na leitura foi direcionado para as anotações dos profissionais diaristas, e especificamente para os registros da médica responsável pela condução do caso. Esta análise buscou avaliar os padrões de registros das categorias profissionais, os indícios de que cada registro era lido e levado ou não em conta pelos outros profissionais, o padrão de linguagem de cada categoria e as expressões de possíveis interações entre os profissionais. Enfim procurou-se identificar indícios que mostrassem se o prontuário único se constituiu em um instrumento de troca e na elaboração coletiva do plano terapêutico pela equipe.

Após esta análise, e tendo identificado os profissionais diaristas que atenderam à criança, partimos para as entrevistas. As entrevistas foram todas realizadas pela autora deste trabalho, gravadas no próprio hospital com agendamento prévio, e posteriormente transcritas. As perguntas feitas seguem em anexo.(ANEXOS 1.1.1 e 1.1.2).

As perguntas foram direcionadas por duas linhas condutoras principais: uma voltada à análise da visão dos funcionários sobre a condução do caso clínico em estudo, e outra mais geral, sobre o processo de trabalho, as relações de poder e o gerenciamento da unidade.

A intenção inicial era percorrer todo este caminho com pelo menos duas Unidades do Hospital – a segunda, no caso, seria a Clínica Médica - para então proceder a uma análise comparativa. Este trabalho, com a Clínica Médica, foi até iniciado, porém, após avaliarmos vários prontuários desta unidade, tivemos dificuldade em selecionar o caso, em função de dois motivos principais: ou se tratava de um caso muito atípico, ou as

anotações do atendimento feitas por alguns profissionais não médicos não haviam sido registradas, isto sem contar a grande quantidade de material empírico coletado, o que dificultaria a análise.

Após a realização e a transcrição das entrevistas, foi feita a análise temática. Em primeiro lugar partimos para o que MICHEMAT (1987) chama de “impregnação” e, baseando-se em Levi-Strauss, leitura flutuante. Foram feitas leituras repetidas das entrevistas, inclusive acompanhando a leitura com a escuta da gravação das falas. Em seguida fizemos a identificação dos temas e classificamos os trechos por tema em cada uma das entrevistas. Finalmente procedeu-se a leitura horizontal de todas as entrevistas, utilizando os temas como elementos organizadores.

A análise do material foi feita buscando identificar os pontos levantados nos objetivos deste trabalho: o caso, o trabalho em equipe, a gestão do processo de trabalho, tecnologias assistenciais e as relações de poder.

Foram analisados também relatórios de gestão e outros documentos que registram os projetos específicos desenvolvidos pela Pediatria.



## ***4- RESULTADOS***



#### 4.1- Caracterização da Unidade de Pediatria

A seguir passaremos a apresentar o material analisado, iniciando por uma caracterização da Unidade de Pediatria. Ressaltamos que a principal fonte de consulta para estas informações foram os Relatórios de Gestão dos anos de 1996 e 2001. Nesses relatórios encontramos alguns pontos que retratam o histórico do funcionamento da unidade e as propostas construídas no decorrer desta história.

A Unidade de Pediatria teve seu início de funcionamento no dia 24 de julho de 1996, ocasião em que foram abertos 27 leitos.

**Missão da Unidade:** assegurar a internação hospitalar das crianças de Betim e municípios consorciados, de modo a oferecer uma assistência com qualidade, humanizada, horizontalizada, resolutiva, pó uma equipe multiprofissional, garantindo também o atendimento ao usuário nas situações de risco.

- **Modelo assistencial** – o modelo assistencial está centrado na responsabilização de uma equipe de referência por um determinado número de leitos, com acompanhamento horizontal, ou seja, a mesma equipe acompanha o paciente todos os dias.
- **Prontuário único** – o prontuário é o instrumento de registro dos atendimentos para todos os profissionais, mantido na unidade desde o início do seu funcionamento, constitui-se num instrumento para co-responsabilização da equipe.
- **Humanização do atendimento** – é uma preocupação constante entre os profissionais, e várias ações têm procurado enfatizá-la; dentre elas destacam-se:
  - direito ao acompanhante;
  - reuniões semanais com os acompanhantes para acolhimento destes na unidade, quando então são informados sobre normas de funcionamento, direitos e deveres;
  - reuniões educativas com acompanhantes, tratando de temas como, por exemplo, a importância do brincar;

- realização de festas comemorativas nas principais datas e nos aniversários dos pacientes;
- programa de desospitalização – dá um suporte à criança e à família até que ela tenha condições de acompanhamento pela unidade básica;
- funcionamento diário da brinquedoteca – a unidade possui vários brinquedos que são utilizados pelas crianças num trabalho feito pelas terapeutas ocupacionais, o qual valoriza a importância do ato de brincar no processo de socialização e cura.

➤ **Recursos Humanos lotados na Unidade:**

- A Unidade de Pediatria conta com profissionais distribuídos conforme está demonstrado no Anexo 1.1.3

#### **4.2- Apresentação do caso clínico**

Apresentaremos, então, o caso que foi escolhido para análise, iniciando com um breve relato dos antecedentes e da situação de saúde da criança no momento da internação, continuando, em seguida, com os registros do prontuário e finalizando com as entrevistas.

A usuária será designada pelas iniciais I.G. Trata-se de uma criança do sexo feminino, que teve sua primeira internação na Unidade de Pediatria do Hospital Regional de Betim aos 3 meses de idade, quando ficou internada por 25 dias (de 17-02-2000 a 13-03-2000). Em seguida, compareceu ao Hospital para uma consulta com a pediatra do programa de desospitalização no dia 06-10-2000, quando foi reinternada, voltando a ter alta no dia 20-10-2000.(Cf. Prontuário, ANEXO, 1.1.4).

Antecedentes da criança : idade da mãe - 20 anos – Idade do pai - 26 anos, três irmãos com as idades de 4, 3 e 1 ano de idade. Durante a gravidez a mãe não fez pré-natal, o peso ao nascer foi 2.220 gr., foi amamentada até 1 mês de vida, teve septicemia neonatal, ficando internada 18 dias no berçário. Moradora do bairro Kenedy, na regional do PTB, área de abrangência da UAI Guanabara (Unidade de Atendimento Imediato que também realiza atendimento básico), município de Betim.

No registro feito no ato da internação consta que a criança estava com diarreia há dois dias e a hipótese diagnóstica registrada na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) foi: desnutrição de 3º grau, desidratação, monilíase oral e enteroinfecção.

#### **4.3– Análise do prontuário**

Procedeu-se à leitura do prontuário e transcrição resumida das anotações do registro de cada profissional. Como já foi dito anteriormente, esta leitura procurou identificar pontos importantes em relação ao tema estudado e não teve o objetivo de avaliar tecnicamente as condutas prescritas. As frases que foram sublinhadas pela pesquisadora (ANEXO 1.1.4) representam algum estranhamento observado na condução do caso, particularmente no aspecto da linguagem utilizada e de contradições nos dados registrados por diferentes profissionais, denotando ou não possibilidades de interação entre eles..

Faz-se necessário esclarecer que, quando usamos o termo “anotação ou registro padrão”, e isto vai ocorrer principalmente em relação aos médicos e técnicos de enfermagem, queremos dizer, no caso do médico: o registro do número de dias que a criança se encontra internada, número de dias durante os quais cada medicação está sendo usada, um resumo do exame físico, impressão ou hipótese diagnóstica e conduta. No caso do técnico de enfermagem, o predomínio dos seguintes termos: criança em leito comum ou no isolamento, eupnéica, corada, hidratada, aceitando bem a dieta, etc. Ou seja, ambas são informações muito genéricas que dizem pouco sobre o real estado de saúde da criança naquele dia. Isto pode ser explicado pelo fato de não ter havido nenhuma alteração na evolução, ou devido a falhas do profissional no registro preciso das informações.

Percebe-se que algumas anotações dos técnicos de enfermagem foram feitas no final do turno de trabalho, dificultando ao profissional a lembrança de detalhes que se passaram no decorrer do período, os quais poderiam ser importantes para uma compreensão mais integral do caso.

No geral observa-se que o prontuário único é pouco utilizado como instrumento de comunicação entre os profissionais. As anotações nas quais se constata um maior número de referências a contatos ou discussões feitas com outros profissionais são as dos técnicos de nível superior não médicos, particularmente neste caso a nutricionista. Chamou a atenção também a forma de anotação da médica responsável pelo caso, que de tempos em tempos fazia um relato resgatando, com grande riqueza de detalhes, toda a situação clínica da criança.

Após a análise do prontuário procurou-se à Unidade Básica de referência para a criança. Lá foi constatado que: não havia um acompanhamento regular da criança, porque a mãe pegava o leite do programa de desnutrido em outra Unidade, isto porque a unidade de referência não fazia a distribuição do leite.

Verificou-se que só existia o registro de dois atendimentos feitos pela médica de sua equipe de referência na Unidade Básica, um deles logo após a internação. Nesta não há nenhuma menção à gravidade do contexto social no qual a criança está inserida.

Tivemos acesso também à leitura de uma carta da assistente social do Hospital para a equipe de atenção à criança da UBS, onde ela descreve sucintamente o quadro e pede acompanhamento da criança justificando com a expressão :“devido ao seu quadro clínico e postura passiva da mãe”.

Em resposta a esta carta, a enfermeira da Unidade fez um relatório detalhado no qual descreve várias tentativas de busca ativa desta criança e de um dos seus irmãos, e a recusa da família em receber os profissionais de saúde e também em comparecer à Unidade. Na carta é dito também que a assistente social ameaçou acionar o Conselho Tutelar dizendo à mãe que poderia haver a perda da guarda da criança. Por fim, esclarece que não há dificuldade em agendar consulta na Unidade, como a mãe havia dito no Hospital.

Junto com esta carta, há um relatório da assistente social, no qual ela coloca que a mãe foi conversar com ela depois de vários chamados, alegando dificuldades em comparecer à Unidade devido ter que cuidar dos outros filhos e não ter ajuda do marido.

Neste atendimento a assistente social anotou que apreendeu a documentação da mãe e pediu que ela trouxesse a criança imediatamente à UBS e que devolveria os documentos quando isso acontecesse. Em seguida, a mãe compareceu com a criança, e esta foi atendida.

#### **4.4- Análise do conteúdo das entrevistas**

As entrevistas foram feitas com nove profissionais assim distribuídos: duas médicas (uma de referência na internação e a outra do programa de desospitalização), dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e a gerente da unidade. A inclusão da médica do programa de desospitalização foi feita após a entrevista com a médica de referência devido a entrevistadora ter percebido sua importância para uma compreensão mais global do caso.

##### **Temas trabalhados:**

**Tema 1 – O caso clínico** – Diz respeito às percepções dos entrevistados sobre o caso clínico eleito para estudo. No decorrer das entrevistas foram citados outros casos, os quais serviram para exemplificar a forma como se estrutura o trabalho de assistência às crianças na Unidade de Pediatria do Hospital Público Regional de Betim.

**Tema 2 - Trabalho em equipe** – Trata da organização do processo de trabalho nos seguintes aspectos: papel e atribuição dos profissionais, interação entre os trabalhadores ou mesmo a falta desta, os mecanismos de comunicação e instrumentos gerenciais utilizados para alcançar um trabalho mais integrado, e os diversos olhares e saberes das categorias profissionais sobre o caso em si e a unidade como um todo.

**Sub-Tema 2.1 - Relações de poder** – Procura desvendar as expressões das relações de mando e subordinação de uma ou mais categoria profissional sobre outras, nas práticas de gerenciamento e mesmo na relação entre trabalhadores, gerência e acompanhantes .

**Sub-Tema 2.2 - Autonomia** – Evidencia os relatos que falam do grau de liberdade dos trabalhadores quanto ao processo de definição na organização do seu processo de trabalho. Identifica também as falas que traduzem as tentativas de normatizar e controlar o trabalho individual e coletivo.

**Tema 3 - Gestão** – Refere-se ao trabalho de coordenação, planejamento e utilização de ferramentas gerenciais utilizadas com o objetivo de implantar o modelo assistencial proposto para o HPRB. A questão é abordada não só no aspecto do exercício do cargo de gerente mas também na atuação de cada trabalhador que de alguma forma exerce o papel de gestor de seu trabalho no cotidiano.

**Tema 4 – Tecnologias de organização da assistência** – Retrata as questões apontadas a respeito da organização da assistência na Unidade de Pediatria, as quais são direcionadas pelas diretrizes de humanização, horizontalização, vínculo e responsabilização. Portanto, vai dizer da responsabilização de profissionais por um número de leito, dos cuidados integrais ao paciente por parte da enfermagem, do prontuário único e dos problemas relacionados com a desospitalização e encaminhamentos para outras unidades da rede.

Em todos os temas tentarei captar expressões de subjetividade colocadas pelos trabalhadores e pela gerência, nas suas formas singulares de compreender e dar repostas aos complexos problemas de saúde trazidos pelos usuários e pela organização do processo de trabalho.

## **Tema 1 - O caso**

### **Entrevista nº 1 – Médica pediatra**

*“O caso da I.G. é um caso muito especial porque ela é uma menininha desnutrida e teve que ser acompanhada pela assistente social e pela nutricionista, visto que as orientações dadas à mãe nem sempre correspondiam às expectativas que a gente estava desejando no caso dela. Tinha uma história anterior de refluxo e algumas outras intercorrências, mas que não justificava o grau de desnutrição da criança e, com o acompanhamento da assistência social e do nutricionista, foi possível analisar que a*

*história de vida dessa menina já era uma história bastante precária”... é uma menininha de um ano e pouco, com várias internações, então é uma criança de risco, de possibilidade de dar alta hoje e daqui a dois meses ou ela tá reinternada. Então ela é acompanhada durante um período em que a mãe é atendida, é esclarecida, e é visto se ela conseguiu ter um aprendizado, a hora que ela tá com os passos mais seguros então essa criança é transferida para Unidade Básica.” Ao falar da comunicação entre o médico e o técnico de enfermagem responsável pelo caso, observa que o técnico é capaz de presenciar e relatar questões mais subjetivas no comportamento do acompanhante, fundamentais para dar novos rumos ao caso : “tem mãe, não me lembro se é bem o caso da I.G, mas tem mãe que, por exemplo, comia a comidinha da criança e falava que a criança não aceitava a comidinha”. Isso simplesmente não é anotado na papeleta assim: “mãe comeu a comida do bebê”, mas, quando é visto, é comunicado. É, outras situações que a criança tá mais alegre. “Olha, Dra., hoje ela tá rindo, hoje ela já trocou uns passinhos... então a gente acaba sabendo de outros dados através dessa relação muito próxima, mesmo de médicos, dos auxiliares, da assistente social, da psicóloga, é uma relação muito próxima”.*

Sobre a presença da mãe como acompanhante da criança durante a internação, apesar de esta não apresentar o comportamento esperado pelo hospital, foi relatada uma mudança observada no retorno após a alta “então, tô falando quando eu vi a mãe da I.G. pela última vez aqui no acompanhamento da “desospe”, eu senti que ela estava mais valorizada, que ela se sentia melhor e a criança também e acho que um dos aspectos que a gente sente que a pessoa tá valorizada é pelo trato que ela dá à aparência dela, tava de cabelos bem penteados, tava limpinha e a gente sabe que as condições sociais não é pra esse tanto, quando a pessoa se valoriza, ela valoriza os outros também, não?” Posso me sentir o último dos lixos, mas pra tratar de alguém como se fosse uma princesa, ela tem que ser uma rainha pra cuidar de uma princesa, no sentido de estar bem valorizada e cuidar bem do bebezinho que está aos cuidados dela. A última que eu a vi, minha impressão foi muito boa, mas precisa de ver a opinião dos outros”.

## **Entrevista nº 2 – Médica pediatra do Programa de Desospitalização**

Esta fala refere-se ao retorno da mãe com a criança à consulta marcada no programa de desospitalização: *“A primeira vez que ela veio, ela não trouxe papel nenhum, eu não sabia nada do caso, só que a assistente social tinha orientado que era uma criança desnutrida e que tinha outros problemas que ela não sabia, que era pra gente tentar resgatar pra saber o que tinha acontecido com ela. Aí, quando ela veio, ela não trouxe os papéis a primeira vez que ela veio, foi só de boca o que a gente conseguiu, eu pedi pra ela que na próxima vez trouxesse os papéis. ”Na 2ª vez ela trouxe os papéis... uma mãe muito difícil de acesso, sempre de cara feia, brava. Principalmente ela ficou chateada por ter sido chamada pra voltar no hospital. Na 2ª vez ela contou que perdeu o sumário de alta. Nesta vez foi internada pelo problema social. Optamos por reinternar por questão social porque indicação clínica ela não tinha... A mãe dizia que era difícil marcar, mas eu acho que ela não procurou, porque, quando as funcionárias da pediatria tentavam marcar, elas conseguiam fácil. “Eu acho que o mais provável neste caso é que a mãe nem procurou, porque se ela tivesse procurado ela teria conseguido”.*

*“Na última consulta, que ela veio no dia 15/12 ( havia sido agendada para 19/11) foi acionado o serviço social para procurá-la, a assistente social teve que mandar um telegrama para a casa dela.” Neste ponto a médica relata que houve um atrito entre ela e a mãe, porque esta queria que desse alta para continuar o acompanhamento da criança na Unidade Básica, e a resposta da médica foi que isto só seria feito quando ela passasse a cumprir as recomendações da equipe do Hospital, pois havia uma certeza de que isto não estava sendo feito e que o cuidado com a criança era negligenciado. A fala que expressa o conflito é a seguinte: “Ela veio porque ela queria um papel, ela já estava consultando na UAI Guanabara e veio brigando comigo porque queria o papel, para levar para a UAI de lá dizendo que eu havia liberado ela daqui. Eu falei que iria dar alta quando ela fizesse as coisas que a gente estava prescrevendo pra criança direitinho, que com certeza lá é melhor, que é mais perto da casa da senhora, mas a gente tá vigiando aqui para ver as coisas que estavam faltando. Ela dava dose de remédio errada e não fez as vacinações que tinham que ser feitas”.*

Percebe-se o tempo todo que havia uma divergência entre o papel que os profissionais esperavam que a mãe desempenhasse e seu comportamento real, no entanto, não foi relatado no prontuário, nem nas falas, quais as intervenções feitas no sentido de desvendar as causas daquela postura, até que se chegasse no limite de retirar temporariamente seu direito de acompanhar a criança.

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

*A profissional começa localizando como se deu sua entrada no caso “...houve a solicitação em termos da nutrição para estar acompanhando o caso e o que deu para fazer com a paciente em termos de nutrição foi feito, depois a gente continuou com a desospitalização, e não consigo lembrar detalhes pra dizer se houve falhas nesse percurso histórico. Assim falando, tem caso que é encaminhado em tempo hábil, tem caso que não é encaminhado, e que a gente detecta, ou a gente vê o caso, ou a mãe solicita, ou a enfermagem chama, a copeira detecta e às vezes o médico manda.”*

Sobre a importância do prontuário único como fonte de informações para se conhecer melhor o caso, a profissional diz que *“o prontuário é extremamente importante para estar colhendo dados, ele é importante porque, no caso específico da I.G, a médica que trata dela está à tarde, e eu antes mais ficava de manhã, então tinha uma dificuldade pra encontrar, embora ela sempre colocasse lá, consulta da nutricionista, sempre solicitando. Então era uma pessoa que tem uma visão desse trabalho multiprofissional e ela sempre colocava, mas a dificuldade era às vezes encontrar para estar discutindo. Então o prontuário é importante porque ele contém as informações não só do médico mas da enfermagem e quando você tem dificuldade, às vezes, chega num horário que o plantão já saiu, você precisa de informação de outro plantão, o que aconteceu à noite, por exemplo, estão ali pra te falar o que é, pra você fazer sua progressão, evolução da sua conduta, né? Então o prontuário é para você ter uma noção do que está acontecendo com o paciente e direcionar sua conduta”*.

Quanto ao seu papel profissional na condução do caso, ela se expressa assim: *“Contribuí de modo a estar, é ... trabalhando na recuperação nutricional, que ela era desnutrida marasmática e teve recuperação, então, assim, atuando da melhor forma na*

*conduta dietoterápica e na tentativa de favorecer a ingestão, de favorecer a recuperação e no momento de alta: orientação de estar preparando essa mãe para a alta, né? Uma orientação de como fazer com a alimentação em casa, de forma que a criança continue a recuperação de que ela não venha a ter novas reinternações, muito em função da desnutrição mesmo, e o apoio que foi dado depois, porque uma das coisas que eu costumo fazer é de tá sugerindo no prontuário, reforçando a necessidade de estar incluindo na desospitalização, porque mesmo que não haja necessidade da revisão do médico, mas há necessidade do exame da nutrição.”*

#### **Entrevista nº 4 – Técnico de Enfermagem**

Ao ser interrogada quanto a sua avaliação sobre a condução do caso, a profissional direciona sua resposta para o trabalho da equipe *“Foi muito bom! A criança foi... A equipe médica do hospital, ela é muito boa, porque é uma equipe multidisciplinar, né?... Foi bom, porque ela teve envolvida com toda equipe, porque ela não foi somente médica e enfermagem, ela teve envolvimento com a nutricionista, com psicólogo, foi com a assistente social, porque a equipe do hospital é uma equipe multidisciplinar grande, então, por isso, a meu ver, boa, seria nessa questão, não é somente médico e a enfermagem.”* Apesar de frisar que a equipe é multidisciplinar ele usa o termo “equipe médica”. Outro aspecto é a atribuição de um valor diferenciado pelo fato de a criança estar sendo acompanhada por vários profissionais; é como se a quantidade de atendimentos significasse, necessariamente, um cuidado maior.

Com relação ao prontuário único, também considera sua importância para acompanhar a evolução do caso e ressalta até sua atitude de complementariedade em relação a ações ou condutas do médico *“...então eu leio não somente o que a enfermagem está escrevendo, eu leio o que o médico está escrevendo, porque às vezes ele escreve no prontuário e esquece de, por exemplo, fazer o pedido do exame, a hora que eu leio, eu vejo que não tem esse pedido, aí eu vou e dou um toque no médico, ele vai lá e faz o pedido .”*

## Entrevista nº5 – Técnico de Enfermagem

Sobre a condução do caso no Hospital, avalia como boa, considerando também o fato de a criança ter recebido assistência de vários profissionais. Além disso, desde o início já aponta os problemas vivenciados em decorrência do comportamento negligente da mãe para com a criança: *“Olha, as condutas em relação à criança pra mim foram todas bem tomadas, da parte tanto assim, do acompanhamento médico, do acompanhamento nutricional que a criança tinha que ter um acompanhamento mais rigoroso, da parte também da gente acompanhando diretamente com a mãe, porque às vezes ela mentia muito pra enfermagem, você via que ela deixava a criança mais de lado, então assim, dessa parte da conduta entre médicos, da conduta em geral, em relação diretamente com a criança foi muita bem tomada.”*

Sua contribuição, enquanto núcleo profissional específico, para um bom desfecho do caso, foi auto-avaliada como tendo sido voltada para cuidados básicos com a criança e o incentivo à mãe para que esta exercesse seu papel. *“Ó, pra minha parte, o que poderia ser feito, né? Tanto nos cuidados técnicos como, às vezes, higiênico também, às vezes com a mãe...às vezes a criança tava chorando, então pensava: pode ser a dieta, então você preocupava assim mais, tá na hora da alimentação? dá uma comidinha lá. Olhava e via se a mãe realmente tava dando a dieta, ou ia atrás da mãe e falava: -“ Mãezinha, o almoço já chegou, vamos lá dar a comida pra criança?” Então agia muito nessa parte, na hora do banho – “Vamos dar o banho, vamos ajudar você tem que ajudar pra poder dar o banho”, nessa parte também, nos cuidados né? Tanto de higiene e mais como alimentação também”*. No seu relato fica evidente que a postura da mãe representava um problema para a melhora do quadro de saúde da criança, e que o tempo todo ela ficava próxima desta mãe tentando estimular uma mudança de atitude. O que não aparece, nem na entrevista, nem no prontuário, é se em algum momento este profissional participou de alguma discussão com membros da equipe para ser orientado sobre qual a melhor atitude a ser adotada no sentido de provocar uma mudança. Pela complexidade da situação, só dizer como ela deveria se comportar em situações específicas, como, por exemplo, alimentação ou banho, não parecia ser o suficiente para provocar uma mudança no seu envolvimento e comprometimento com o problema de saúde de sua filha.

### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

Na avaliação da condução do caso e nas vantagens do prontuário único, mais uma vez é citada a participação da equipe, destacando a participação da “equipe médica” e “equipe de enfermagem”: *“Foi bem conduzido, teve um acompanhamento multiprofissional onde toda a equipe inteirou com o caso, na assistência tanto de enfermagem quanto médica e até de outras equipes de apoio. O prontuário único facilitou a assistência ao caso porque dá a entender a toda equipe a continuidade do atendimento na evolução de cada profissional, então facilita o atendimento da equipe. E proporciona até uma visão mais ampla do caso.”*

Ainda sobre a importância das anotações feitas no prontuário, destaca o caráter formal da comunicação escrita, por intermédio da qual deve-se fazer outros profissionais tomarem conhecimento de fatos observados, os quais podem ser fundamentais na compreensão do estado de saúde do paciente.

Ressalta a atitude da técnica de enfermagem, a qual a chamou para presenciar uma reação estranha da criança diante da mamadeira. Ela sugeriu ao técnico que repassasse essa informação, que era importantíssima, para que a nutricionista ficasse sabendo. O relato é o seguinte *“no que diz respeito à conduta da criança frente à mamadeira, por exemplo, eu lembro que fui chamada pela técnica para avaliar, porque ela tinha dúvida se era uma crise convulsiva ou não, e eu sugeri a ela que repassássemos o fato ocorrido à nutricionista; até então ela não tinha visto a conduta do neném e, então, vendo e acompanhando, eu sugeri ao técnico, que repassou ao nutricionista e tornou-se ciente.”*

### **Entrevista nº 7 - Terapeuta Ocupacional**

Nesta entrevista, pela primeira vez são apontadas possíveis falhas durante a 1ª internação. Ela acha que só na 2ª internação conseguiu-se ter uma percepção mais fina do que estava acontecendo com a criança: *“Eu acredito que o caso tenha sido bem conduzido, vejo que a gente pôde conhecer melhor a criança na segunda internação, não só a criança, como a família dela, as interações que levavam essa criança a adoecer, mas não acho que a gente poderia ter visto isso na primeira internação. Acho que foi o tempo, acho que foi a*

*reinternação que levou a gente a conhecer melhor o caso, não só a paciente, mas toda a estrutura familiar que colaborava para essa doença na criança. Então acredito que foi bem conduzido.”*

Quanto ao prontuário único, sua avaliação vai na mesma direção das entrevistas anteriores, ou seja: a possibilidade de acesso de todos os profissionais às informações registradas pelos colegas. Reconhece que este instrumento permite um conhecimento mais integral do caso: *“O prontuário único, no meu entender ele é importante porque deixa a gente entender melhor o caso, saber melhor o que é que está acontecendo com o paciente e até mesmo mudar conduta que a gente só mudaria se tivesse uma reunião de cada caso. Então, ele é importantíssimo. E ele motiva a gente a ter uma atitude interdisciplinar, né? A saber do caso globalmente e até procurar outro colega de outra categoria.”*

Sobre a realização de reunião específica para discutir o caso, como todos os outros profissionais, ela diz que não houve reunião formal, mas que conversou com os demais envolvidos no caso: *“Não! Agendada de reunir todo mundo junto, não, mas eu, por exemplo, lembro de ter conversado com a pediatra, a assistente social e a nutricionista, pra eu tá entendendo melhor, chegou a uma altura do andamento da condução do caso que eu percebi que eu não tava entendendo, quais as relações familiares, o que é que acontecia, que essa menininha não melhorava ... aí eu já começava a ver que as coisas já não eram tão bem feitas em casa, eu comecei a entender que tinha algo de interação familiar, aí eu procurei as outras profissionais, pra tá entendendo melhor. Ela aponta claramente que havia alguma coisa que impedia uma melhora clínica da criança e que esta coisa não era de caráter da estrutura biológica da criança e sim relacionada à sua inserção social e familiar. Sentiu necessidade então de conversar com outros profissionais para ampliar sua visão sobre o problema. Ainda sobre essa questão, acrescenta: “Eu não tinha entendido que essa mãe não era uma mãe vitalizada pra ser mãe, mas é vitalizada pra tá lá em baixo na portaria, que a gente tem que chamar.”*

Quanto a sua contribuição específica enquanto categoria profissional para um bom desfecho do caso, fala novamente da sua limitação na percepção de expressões da subjetividade da mãe, naquilo que ela esperava do que entende como papel de Mãe: *“Era uma criança que tinha um desenvolvimento atrasado, muito atrasado, como terapeuta ocupacional, eu faço avaliação da criança, proponho algumas atividades e oriento sempre*

*a mãe. Isso eu fiz! Mas o terapeuta ocupacional pode trabalhar também com o papel de mãe, o papel de pai, orientando a mãe e às vezes só deixando ela elaborar o que é e como ela tem realizado esse papel, isso eu não vi no início, eu, na primeira internação, eu acreditava que pai e mãe porque eles iam lá, porque juntos iam e ficavam juntos com a criança, eles tinham uma atitude meio apática, pareciam todos meio desnutridos. Depois eu vi que não, essa desvitalização da mãe era uma desvitalização do papel de mãe, então isso eu fui ver no final da internação, então eu cumpri parte do meu papel, e uma outra parte eu fui só cumprir no final, porque eu não tinha entendido que tava faltando isso. É visível, tanto por meio da pesquisa de prontuário, como das entrevistas, que havia uma questão com a mãe representando um problema para a equipe toda, durante toda a internação, e até no processo de desospitalização. Porém, somente a terapeuta ocupacional verbalizou suas dificuldades na compreensão daquela situação. A maioria dos outros profissionais registrou no prontuário ou falou do problema por termos bem genéricos como, por exemplo, mãe displicente, situação social precária, etc.*

#### **Entrevista nº8 - Assistente Social**

*Aqui o profissional aponta também para um atraso na discussão do caso devido a dificuldades, que segundo sua visão foram causadas em função de jornadas de trabalho de 4 horas diárias, impossibilitando o encontro dos profissionais. Fala do caso como um processo em construção que contribuiu para o aprendizado da equipe: “a condução desse caso foi mais um aprendizado pra gente, houve algumas dificuldades, um atraso na discussão desse caso, até porque a pediatra, ela estava num horário diferente do horário da nutricionista, do assistente social, então houve um certo atraso na condução do caso.”*

*Quanto ao prontuário único, teve o papel de possibilitar que os envolvidos na assistência tivessem uma visão mais ampla a partir dos registros dos outros trabalhadores, “então o prontuário é um passo pra gente estar avaliando todo o caso, estudando e pontuando os pareceres de cada profissional, ele clareou pra mim qual era o problema, tinha uma conotação social na doença da criança, nesse caso específico, então deu pra ter uma noção do todo, deu pra estar fazendo as discussões e colocando isto por escrito, ajudar os profissionais, tão logo a pediatra, por exemplo, ouvia o que eu tinha a dizer, da entrevista que eu fiz, da avaliação da família, isso acho que deu uma certa clareada do que o hospital podia fazer pra esse caso.”*

Ao perguntar se houve uma reunião específica para discutir o caso, responde que só aconteceu na segunda internação. *“Na primeira internação houve só uma discussão, assim localizada, do pediatra com o nutricionista, da assistente social com a pediatra , é ... um pouco do serviço social e da nutrição com os técnicos de enfermagem.”*

### **Entrevista nº 9 – Gerente Médica Pediatra**

Responde sobre a participação da gerência na condução de casos clínicos. Na sua opinião ela é chamada a participar não como gerente, mas como médica pediatra. Sua atuação como gerente na discussão de casos se fazia mais presente quando existiam as corridas de leito, *“no dia-a-dia, em vários momentos a gente é solicitado para discutir um caso, isso para o pediatra é muito tranquilo, a gente, como pediatra, e colega como pediatra, vou ser chamada não como gerente, e sim pediatra pra discutir um caso clínico Isso por várias vezes foi feito aqui. Por outras vezes já tive que conduzir alguns casos, porque no semicrítico, por exemplo, semana passada, dois meninos tiveram parada cardio-respiratória, então o médico que estava mais perto lá na hora era eu, então conduzi um caso, como pediatra também. O que eu noto, assim, eu acho que a gente tinha isso mais, isso era mais visto quando tinha corrida de leito, então você conseguia saber de todos os casos da unidade, você conseguia cobrar mais alguns casos”*

### **Síntese das Entrevistas do Tema 1 : O Caso**

Para quase a totalidade dos profissionais, o caso foi bem conduzido. Apenas dois deles declararam ter havido um atraso em ampliar sua visão e concepção sobre a situação e, conseqüentemente, no redirecionamento das ações, o que só veio a ocorrer na 2ª internação. Este atraso teria ocorrido em função de uma demora, por parte da equipe, em perceber que havia um problema além da dimensão biológica, no âmbito da dinâmica familiar, o qual impedia o planejamento de intervenções mais ampliadas e mais coordenadas da equipe. Talvez a segunda internação, assumida pela equipe como social, tivesse sido evitada se o problema tivesse sido tratado de outra forma.

O prontuário único é citado como um instrumento importante por possibilitar “um conhecimento mais integral do caso”. Alguns afirmaram que fazem a leitura e o registro sistemático da evolução e da conduta no prontuário. Entretanto, percebemos, na leitura do prontuário, que quase todos fazem o uso de siglas que são do domínio da linguagem específica daquela categoria profissional. Observa-se que principalmente os médicos se utilizam muito deste recurso, o que com certeza dificulta o entendimento dos demais, particularmente dos técnicos de enfermagem.

Outra questão colocada é o registro de informações contraditórias e informações pouco detalhadas, como, por exemplo: aceitou a dieta (mas qual a quantidade ingerida?) ou aceitou a dieta, (na anotação do técnico) e no relato da mãe a criança recusou. O que pode-se concluir é que, para os trabalhadores de nível médio da enfermagem, o prontuário único serve mais para registrar do que para ler, tanto que foi necessário criar um outro instrumento (citado mais adiante na entrevista da gerente) , mais sintético, para que eles conhecessem melhor a história de cada paciente sob sua responsabilidade.

Com relação à alta e à continuidade do tratamento da criança na Unidade Básica, é possível dizer que as medidas tomadas não deram resultado efetivo. Algumas evidências apontam para isto: a ausência da criança nos dias marcados para retorno, o atrito ocorrido na consulta com a desospitalização e a própria dificuldade da Unidade Básica em conseguir adesão ao tratamento.

Enfim, podemos dizer que a equipe do Hospital mobilizou todos os recursos possíveis para salvar a vida desta criança, e nisto obteve sucesso. Porém, fica muito evidente que ela apresentava um risco social maior de adoecer e morrer, e mais, pela sua história, desde a gravidez (mãe adolescente, já com três filhos e não fez pré-natal), nascimento (teve sepsis neonatal), e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a evolução para um quadro de gravidade era perfeitamente previsível. Então, há necessidade de que o sistema de saúde assuma um papel de proteção sobre ela, e que seu acompanhamento pela Unidade Básica não seja encarado apenas como uma questão burocrática.

É preciso reconhecer que o problema não é simples, pois de fato está claro que há uma dificuldade da família no cuidado com a criança. A Unidade Básica fez várias tentativas de trazer a mãe e a criança até ela. Existe um relatório, da enfermeira e do agente comunitário de saúde, informando que foram feitas visitas domiciliares, e que sua entrada na casa não foi permitida. Posteriormente, a mãe procurou o agente comunitário e, chorando, disse que estava tendo problemas com o companheiro com relação à garantia de suprimento dos alimentos em casa.

Isto tudo nos leva a concluir que diante de uma situação tão complexa há necessidade de uma interação entre os profissionais com o objetivo de traçar um plano terapêutico mais eficaz, e esta interação teria que ser feita não só dentro do hospital, mas entre as equipes das duas Unidades de saúde envolvidas.

## **Tema 2 – Trabalho em equipe**

### **Entrevista nº 1 – Médica pediatra**

Sobre as conseqüências de se ter vários profissionais atuando sobre um mesmo paciente, a entrevistada afirma que: *“Isso é, sem dúvida alguma, cem por cento lucro. O fato de a assistente social ir à casa da criança, ou de fazer uma visita à mãe, do retorno dela na desospitalização, ou a ausência do retorno, porque nós deixamos agendado e, quando essa criança não comparece, manda-se um telegrama e, senão via telegrama, vai alguém atrás, busca-se através de alguma forma o retorno da criança no nosso programa de “desospe”.*

Foi perguntado se houve reunião específica para discutir o caso. A profissional diz que não se lembra, mas cita um grupo de estudo denominado PERFIL, no qual *“as auxiliares de saúde escolhem um tema pra gente poder falar, então, por exemplo, nós temos hoje uma criança com calasar, que foi discutido, e foi vista a lâmina lá embaixo. No caso da I.G., pelo fato de ser um quadro de desnutrição, a médica pediatra fez um grupo de desnutrição em que ela e as nutricionistas dão aulas para as mães a respeito da desnutrição e com as auxiliares de enfermagem também quando existe essa demanda, a gente faz uma reunião e faz a discussão do caso em si, não estou lembrada, se a gente conseguiu fazer.”*

Quanto aos instrumentos utilizados na Unidade para propiciar o trabalho em equipe, lembra que as *“corridas de leito foram, , peça fundamental pra gente ter uma normatização de condutas, um esclarecimento de posições e posturas, inclusive em relação a crianças graves, a diagnósticos pendentes, hoje, infelizmente, as “corridas de leito”, elas não existem realmente, assim, a demanda nossa nas urgências, ela tem sido muito grande, parece que o hospital... ele tá quase se tornando o “hospital das urgências” e seis horas pra você fazer é pouco... mas existe ainda a “discussão do caso”, não uma reunião científica, mas uma reunião, assim... três ou quatro pediatras, porque o tempo é escasso, às vezes a gente tem dez, quinze minutos, é... a gente decide, e como é um caso, geralmente, esses que precisam de discussão, do conhecimento geral de todos os pediatras então, não fica aquele caso, assim muito perdido, muito solto...”* Pelo que foi colocado, pode-se constatar que, na maioria das vezes, quando o médico fala em equipe, ele se refere a um grupo de médicos e não a um conjunto de profissionais de categorias diferentes. Neste momento a questão foi recolocada para a entrevistada, pedindo que ela dissesse se houve reuniões com trabalhadores não médicos. Ela fica um pouco indecisa e reconhece que sua concepção foi limitada e então coloca que o trabalho conjunto com eles é imprescindível: *“Ah...Não... tem esse daí, Graças a Deus... A gente fica assim meio limitado, né? É...Na nossa fala, aí vamos à pergunta: tem, sim, a terapia ocupacional, a fisioterapia e assistente social, e são peças imprescindíveis, nossa, isso daí é a tiracolo, sabe, essas a gente não dispensa no seguinte... Tem casos, telefona, vai atrás da assistente social, por exemplo, é... funciona como funciona caneta para prescrição, nesse nível.”*

### **Entrevista nº 2 – Médica Pediatra do Programa de Desospitalização**

Sobre as conseqüências da atuação de vários profissionais sobre o caso, declara que *“No caso específico da I.G., eu acho que, pelo menos pra todas as crianças, os multiprofissionais é só positivo, porque eu não consigo abordar coisas que eu não estudei, eu não estudei pra isso, de terapia ocupacional, de nutricionista, da psicóloga, e da assistente social, que tem a parte social da coisa, então sempre eu acho que é positivo”.*

Ressalta que no caso específico em estudo, para esta mãe a abordagem de vários técnicos pode ter tido outro sentido, um sentido de controle: *“No caso específico da I.G, eu acho que a mãe sentiu isso como muita gente vigiando, como uma cobrança*

*excessiva e eu acho que ela não gostou, ela não gostava de vir aqui, e ela só vinha porque tinha uma convocação e a assistente social fazia uma certa pressão pra ela vir, mas assim eu não acho que seja um ponto negativo, é que eu não sei, acho que, para ela, ela sentia que estava sendo pressionada e vigiada.*

Quanto às formas de comunicação entre os trabalhadores envolvidos na assistência ao caso, ressalta a conversa entre ela e os demais, comunicação esta muito centrada na demanda de uma avaliação e na resposta específica a esta demanda, com cada técnico de nível superior atendendo pontual e isoladamente “*Todos os casos que eu passo para a nutricionista eu vou lá antes e converso com ela e falo a minha opinião e ela depois que atende, devolve, me dá a resposta. A assistente social, também. Assim,. reunião com todas não tem, mas todas que tem, por exemplo, que tem que vir pra, ou que tem que ir pra psicóloga, ou que tem que ir pra T.O., eu falo assim: eu acho que tem que ir pra você, por causa disso, disso e disso, aí elas me dão a resposta depois. Tanto que já teve paciente que foi a terapia ocupacional que encaminhou, porque, olha, eu acho que esse precisa de pediatra, aí eu falava: olha, eu achei isso, e se eu dou alta também de um daqui, pergunto para os outros todos se eles também dão alta, então, assim, reunião em grupo pra um paciente não tem, a gente não consegue conciliar o horário de todas aqui, o que tem é discussão individual sobre aquele paciente, mas em grupo não tem não*”. Mais uma vez aparece a dificuldade de conciliar os horários para que possa haver mais interação entre os profissionais.

Para situar melhor a colocação de que no Hospital é mais seguro acompanhar de forma integral uma criança que teve alta e que corre risco de reinternação, foi perguntado sobre as facilidades dentro do Hospital e dificuldades com a Rede Básica, no que tange às características da equipe . A entrevistada vê que “*por exemplo, com a nutricionista, as meninas da TO e a psicóloga, elas também atendem, quando o paciente é da desospitalização e precisam, elas também atendem como se fosse uma desospitalização do serviço social, da nutricionista, então aqui é muito simples, acho que é fácil o intercâmbio, a gente conversa, eu tenho os horários, tem dia que eu atendo de manhã e tem dia que é de tarde, pra eu encontrar com todas elas, porque tem paciente, por exemplo, que eu preciso que a psicóloga acompanhe, eu marco o dia que ela tá aqui, que é hoje a tarde,*

*porque não tem um horário que estão todas elas juntas, então venho de manhã e à tarde pra encontrar com todas elas, então o intercâmbio aqui, elas fazem o serviço também de desospitalização dentro da área delas do mesmo jeito, acho que isso é direitinho.”*

Neste relato chama a atenção o conteúdo com um grande peso normativo e prescritivo, o qual espera-se que seja seguido pela mãe de I.G. Como já havia sido destacado, há um problema detectado pelos profissionais na relação da mãe com a criança, entretanto, parece que as abordagens feitas até então não deram conta de penetrar no mundo subjetivo e no contexto social no qual está inserido esta mulher e, a partir disso, apostar em outro tipo de intervenção que não só as de caráter fiscalizador e punitivo, as quais não estavam sendo eficazes para motivar uma mudança que viesse beneficiar a criança.

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

Abordando a questão de como é feita a demanda de atendimento para a nutricionista, a entrevistada responde que na sua concepção deve partir primeiro do médico, e que muitas vezes este não aciona ou até tem dúvidas para qual profissional deveria se encaminhar determinados casos: *“acho que ele é que deveria estar detectando, encaminhando já em tempo hábil, e muitas vezes parte do enfermeiro que está ali, ele é um grande apoio, porque ele tá o tempo todo com esse paciente e com a mãe também, escuta, ouve e dá orientação e os cuidados da enfermagem. Então é em quem a gente se apóia mais para estar chamando atenção de algum caso específico, a gente não consegue dar conta do todo e ver todos ao mesmo tempo - muitos deles vêm da equipe de enfermagem e eu acho que há uma falha nesse sentido...”* Ainda em relação à questão do médico demandar o atendimento de outros profissionais, continua: *“depende do médico, eu acho que tá mais ou menos meio a meio, metade encaminha, tem uma consciência em relação à nutrição e encaminha e solicita, agora muitos já não têm, mas não é só em relação à nutrição, eu vejo em relação à equipe como um todo, esse trabalho multiprofissional, eles têm uma dificuldade tanto pra poder perceber a importância, quanto, de estar acionando a nutrição, quando que tenho de acionar a psicologia, será que é a psicologia, será que é a assistente social, será que é a terapia ocupacional? Então eu sinto um pouco isso, tem uma dificuldade, de não achar que é preciso, que até mesmo resolve, eu acho que o médico seria o principal a estar vendo isso”.*

Quanto às formas de comunicação entre os profissionais, reforça também que há um predomínio da comunicação verbal, além do prontuário. Este viria suprir o problema do cumprimento da jornada de trabalho em horários diferentes: *“O contato aqui que a gente faz é mais verbal mesmo, o prontuário, mas, assim, igual o médico, especificamente, se a gente cruza, um tá saindo outro tá entrando; a gente acaba tendo conversa, nem sempre é possível isso, então às vezes fica por escrito mesmo. Em termos assim da assistente social, psicologia, terapia ocupacional, sempre tem a conversa assim direta, ou por um problema que eu detectei, que tá relacionado com a assistente social, eu vou lá e já converso, assim que eu encontro, não é aquela coisa, você passa papel, encaminha. Não tem uma coisa formal, você vê a necessidade do paciente, você vai discutir, por exemplo, a I.G. tem uma história social complicada, vamos discutir junto com a assistente social, para ver como a gente vai estar encaminhando, o que pode ser feito, é uma paciente que é de fora de Betim, o que é que a gente vai estar fazendo?”* Como outros profissionais, cita também a época em que aconteciam as corridas de leito e defende que este era um importante espaço de troca: *“teve épocas de ter corrida de leito, mas parou infelizmente! Acho que é funcional, acho que deveria ter, deveria voltar, porque é o momento que você está expondo, de tá trocando, de estar fazendo um trabalho, porque às vezes fica meio solto mesmo, acho que o importante é transacionar.*

Na pergunta sobre as vantagens ou desvantagens para o paciente, o atendimento por muitos profissionais ao mesmo tempo, sua avaliação também foi positiva, embora reconheça que muitas vezes o trabalho fica fragmentado: *“É, eu consigo ver como ótima, porque vai tá olhando ele de forma holística mesmo, no todo, acho que tá todo mundo ali levantando questões diversas desse indivíduo, tentando resolver diversas questões. Acho que é importante a gente ouvir as mães, os acompanhantes relatavam como que este hospital é diferente da maioria, de muitos que elas conhecem. - Tá tendo uma atenção, a equipe tá tentando, tudo bem que às vezes é meio isolado, né? Mas eu acho que tá tentando fazer, cada um fazer sua parte de tá indo, tá sendo atencioso e tentando resolver cada questão, acho que é positivo, só que a gente podia estar juntando mais, a gente podia estar fazendo um trabalho mais produtivo.”*

Quanto à participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem, é considerado que há um maior envolvimento, apesar de existirem dificuldades na implantação de rotinas de registros para as quais já foram treinados. Reconhece que as informações trazidas por eles são fundamentais para subsidiar as suas condutas perante ao caso. Vejamos o que diz a respeito:

*“Eles se envolvem mais, apesar de você ter que tá puxando, você tem que tá sempre lembrando e cobrando, você tem que às vezes tá cobrando o registro em prontuário, às vezes, são meio deficientes, então não registram. Ah! fez presentes, mas que fez presentes? São líquidas? Quantas vezes foi? Então, muitas vezes informações que pegam da mãe, então eles ouvem a mãe, a mãe fala uma coisa, mas aquela informação é confiável? Na hora em que eu vou avaliar, às vezes falam assim: Ah! A mãe disse que aceitou a dieta, então coloca aqui: criança aceitando bem dietas. Às vezes a mãe falou porque quer que o filho vai embora pra casa logo, ou então eu vou lá e vejo, acabei de ver. E a criança não aceitou a dieta, a enfermagem colocou, “aceitou bem” mas aceitou bem, qual? Os horários anteriores? Apesar destas falhas, considera que os técnicos são envolvidos com os usuários e trazem muitas informações que vão auxiliar na definição de condutas. No final ela coloca a relação de submissão que o técnico, pela sua posição hierárquica, aceitaria com mais facilidade: “agora eu sinto que eles trazem muito pra mim, eles comunicam, eles se preocupam: olha, esse paciente não tá comendo, dá pra você olhar? É com eles que eu tenho o elo maior, eu e o paciente, porque eles que vão me trazer as informações mais preciosas, que eu preciso mais em termos de como tá acontecendo no dia-a-dia desse paciente. Eles contribuem muito sim e é mais fácil, você pode impor certas coisas, acho que pela posição que eles estão, não de humilhar! Quem sou eu pra tá dando ordens, mas eles respeitam mais quando você fala.”*

Ressalta a atitude da técnica de enfermagem, a qual a chamou para presenciar uma reação estranha da criança diante de uma mamadeira. Ela sugeriu ao técnico que repassasse essa informação, que era importantíssima, para que a nutricionista ficasse sabendo. O relato é o seguinte *“no que diz respeito à conduta da criança frente à mamadeira, por exemplo, eu lembro que fui chamada pela técnica para avaliar, porque ela tinha dúvida se era uma crise convulsiva ou não, e eu sugeri a ela que repassássemos o*

*fato ocorrido à nutricionista; até então ela não tinha visto a conduta do neném, vindo e acompanhando, eu sugeri ao técnico, que repassou ao nutricionista e tornou-se ciente.”*

Em seguida é perguntado a ele se esta relação se dá só com o médico ou com outros profissionais também. Ele faz uma diferenciação ao citar categorias profissionais, inclusive deixa implícito que procura mais umas do que outras, talvez por não ter clareza das atribuições: *“acontece com os outros também, mas com a médica é mais direto, mas com os outros, geralmente... Eu procuro quando a criança... no caso dela, não tava alimentando bem, aí a gente, eu converso com a nutricionista, agora o encaminhamento, mais pra psicologia, ou fisioterapia, essas coisas, aí eu não tenho contato direto, não...”*

Na pergunta sobre as conseqüências de se ter vários profissionais atuando sobre o mesmo paciente, a resposta vem corroborar com as demais que colocam a vantagem da complementariedade de vários olhares para se obter uma visão mais ampla do caso, porém, diz também ter escutado relatos de acompanhantes que ficam confusos com as diferentes intervenções. Vejamos: *“pra criança eu vejo que é positivo; vários profissionais, porque às vezes um profissional deixa passar alguma coisa e outro pode ver. Na questão da enfermagem da tarde, um pode não ter visto alguma coisa que à noite outro profissional viu, então é bom, agora pra mãe... , a mãe eu já vi reclamação de acompanhante que fica meio confuso, ela não sabe quem conversou, não sabe se era a nutricionista. Às vezes confunde pra acompanhante, eu já vi, porque a gente fica mais diretamente na enfermaria, então a gente escuta comentários.... Pra elas fica mais confuso: - “Ah! Eu não sei quem que é quem...” Demora um tempo pra ela começar a entender a rotina porque, por causa da grande quantidade de pessoas que estão diretamente ligadas com a internação dessa criança.”*

Houve uma fala que detalhou a organização do processo de trabalho do técnico de enfermagem e do médico na enfermaria, salientando a importância do entrosamento entre eles e as dificuldades advindas do rodízio que os técnicos fazem uma vez por mês na enfermaria: *“Durante um mês eu passo numa enfermaria daquele médico e aí de mês em mês a gente muda. Tanto que, quando o médico tá folgando, eu fico até meio perdido, porque o outro médico tem uma conduta totalmente diferente, porque quando você tá na enfermaria você acostuma tanto com o paciente como também com os profissionais que tão*

*diretamente relacionado com eles, então você já sabe do que o médico gosta de saber da criança, o que é que ele quer, que horas que ele quer a prescrição, então aí você vai dando um jeitinho... Quanto à forma de cumprimento da jornada de trabalho, diz que prefere o horário fixo “fixo e junto com o pediatra. Mas ao mesmo tempo em que eu preferia, torna um pouco cansativo também, que tem algumas enfermarias que são pesadas e outras são mais tranquilas, mas eu preferia fixo.”*

Sobre as estratégias utilizadas na Unidade para possibilitar o trabalho em equipe, cita o projeto PERFIL: *“Que eu participei foi no início, agora você num tá tendo mais, mas teve ”Perfil” que nós escolhíamos um caso específico de uma criança, igual foi feito da criança R.. de C., que é um problema que ele tem respiratório, foi falado a respeito desse problema, a gente estuda o caso e quem fala primeiro é a enfermagem, depois o médico entra explicando com mais detalhes. Então, no caso do serviço, isso é muito bom, e também a enfermeira ela sempre tá fazendo reunião com a gente sobre condutas na enfermaria.”*

Continuando a falar espontaneamente sobre a importância da comunicação verbal para a interação da equipe : *“De tudo, eu acho que o importante é a questão do diálogo, você tendo um diálogo diretamente com todos os profissionais, uma coisa aberta, você tem essa abertura pra falar sobre o paciente com a equipe toda, isso traz muito benefício pro paciente, como você tá vivenciando todos os dias com esse paciente, então não só deixar escrito, porque escrito você escreve uma coisa, você lê, tem um impacto, você falar diretamente tem outro, então eu acho que deve enfrentar mais a questão do diálogo mesmo, da comunicação direta entre pediatra, fisioterapeuta, nutrição, psicólogo, então a equipe toda tá empenhada, entendeu? tá entrosada e isso eu acho que pra funcionar melhor deveria ter um tratamento melhor.”*

### **Entrevista nº 5 - Técnico de Enfermagem**

Ao falar sobre a importância do prontuário único na comunicação entre os profissionais, além de considerá-lo como fonte de informação sobre as demais condutas, supre as lacunas ocorridas nas ausências ao trabalho por motivo de folgas ou outros: *“Olha, eu acho muito bom essa conduta de todo mundo evoluir no prontuário único, porque pra*

*mim também é bom, porque você vê a evolução do pediatra como foi, se por acaso teve alguma coisa... porque nem sempre você tá perto do profissional pra poder ver ... Com a assistente social pra poder conversar diretamente, então, já que tá no prontuário, você tem aquela rotina de seguir, quase os acompanhamentos todos, por tais profissionais: fisioterapia; assistente social; nutrição; psicologia, eu acho muito bom, acho que cresce muito no desenvolvimento do serviço, às vezes você passa dois ou alguns dias sem vir, você vai ver que, no decorrer, tudo que foi com a criança e pelo processo quais os profissionais que foram passados, eu acho muito bom prontuário único.” Ao falar sobre a comunicação verbal, ela diz que esta se dava mais com o outro técnico da mesma enfermaria e com a nutricionista: “A minha comunicação foi mais com o técnico que tava na enfermaria com a criança, às vezes mesmo na passagem de plantão e também foi com a nutricionista que acompanhava muito o caso dela, que nem sempre a gente encontrava a pediatra, então a comunicação era muito mais com a nutricionista, ela queria ver se tava tendo aceitação da dieta. ... Com o médico era mais na escrita mesmo, porque nem sempre a gente tava encontrando muito assim diretamente com os médicos, principalmente a pediatra que tava acompanhando, ela era em horários diferentes, né? Então não tinha aquela comunicação muito diretamente não .”*

A respeito de vários técnicos atuando junto ao paciente, como já foi dito por outros profissionais, percebe que às vezes é motivo de confusão para o acompanhante: “Eu acho assim: às vezes a mãe, o acompanhante, não entende, que muitas vezes umas até reclamam: - “Ah! Que cada dia é um médico que olha a minha menina... porque hoje a médica dela não veio, hoje não sei quem, a funcionária que tava aqui ontem falou de medir, falou isso hoje, outra pessoa falou outra coisa, então pra acompanhante fica difícil entender, mas a gente que já tá como profissional na criança acha muito importante e mesmo pra criança também, porque assim a gente vê que todo mundo trata muito bem as crianças né? ...Ah! Porque ontem falaram que...minha menina tava com as fezes mais líquidas e hoje, por exemplo, o outro já não achou que tava líquida, então acha uma controvérsia mais nessa parte. Eu acho um pouco confuso tem hora que para o acompanhante... fica difícil, mas pra criança eu acho que não atrapalha muito não porque sempre tá olhando com cuidado, com carinho, você sempre tá brincando, você sempre tá fazendo alguma coisa pra poder alegrar ”.

Sobre os instrumentos que possibilitaram o trabalho em equipe, cita novamente a corrida de leito: *“Teve época que a gente tinha a Corrida de Leito. Eu gostava muito, que geralmente era assim: cada vez falava... Vai falar a enfermaria, vai falar de tal criança, assim sempre tinha várias internações, e, o diagnóstico dela é de uma coisa, tratava de uma coisa e descobria outra coisa na criança, então, essa participação que a gente tinha dessa corrida de leito, achava muito interessante, que estavam ali todos os profissionais juntos, cada um dava uma opinião, ali eram discutidos os exames que foram feitos, essa parte que eu já cheguei a participar na equipe.”*

Ao comparar seu trabalho no HPRB com o trabalho em outros hospitais, diz que o trabalho neste Hospital é mais interessante: *“De outros hospitais que eu já trabalhei aqui foi o primeiro que eu vi e gostei muito do trabalho que é feito aqui em relação a outros que eu trabalhei, a outros até que eu trabalho, então assim eu acho muito interessante como é feito o trabalho. Às vezes, há um obstáculo diretamente com o médico ou alguma coisa assim, tanto que nessa “corrida de leito” que era feita, a gente ficava perdida, às vezes ficava no ar, mas participava, quando você já começava a fazer perguntas, tentava esclarecer, aí era tudo esclarecido. Eu que sou pouco de participação, mas outras pessoas perguntavam, passava pras colegas, as colegas perguntavam, às vezes eu tava com vergonha de perguntar, minha colega perguntava; aí o entrosamento era melhor, mas se ficasse por conta da gente e a gente não fizesse a pergunta ficava no ar alguma coisa assim; aí nessa parte pra gente não era tão esclarecido, mas quando todo mundo participava era bem esclarecido.”*

Esse relato expressa claramente as dificuldades de comunicação entre técnicos e médicos. Para além de uma dificuldade relativa à utilização de termos lingüísticos diferentes, há um bloqueio na possibilidade de estabelecer o diálogo e até de fazer perguntas para dirimir dúvidas, evidenciando claramente o constrangimento causado pelas diferenças nas relações sociais de poder e de saber entre profissionais.

#### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

Sobre a comunicação que ocorreu entre os profissionais que atenderam à criança, a entrevistada também diz que foi mais informal. Para exemplificar, ela lembra novamente que foi chamada pela técnica de enfermagem para ser avisada de um

comportamento inusitado que esta observou na criança: *“Foi uma comunicação informal, ela informou a conduta da criança frente à mamadeira, foi também passado ao pediatra, ficou ciente toda a equipe. Foi discutido até entre os técnicos e de uma certa forma surpreendeu muito, porque nós nunca tínhamos visto a conduta de uma criança frente à mamadeira da forma que vimos, a ponto de ficar desesperada mesmo quando viu a mamadeira, com tremores em todos os membros, toda vez que visualizava a mamadeira, isto nós discutimos entre a equipe de enfermagem, repassada a equipe médica e houve discussões informais, não discussão de caso formalmente não.”*

Expressa ainda, de maneira muito enfática, uma manifestação subjetiva da criança, presenciada pela técnica de enfermagem, a qual foi comentada por toda a equipe, e que foi fundamental para que houvesse uma ampliação do olhar sobre o caso. A partir deste fato, chegou-se à conclusão de que a criança não tinha acesso ao alimento, tamanha a excitação demonstrada diante da mamadeira. O interessante deste acontecimento é que ele mostra como uma percepção subjetiva de um técnico de enfermagem, que não está ancorada a nenhum saber disciplinar específico, foi capaz de provocar uma mudança radical no entendimento e nas condutas sobre o caso.

Quanto às vantagens e desvantagens do atendimento por vários profissionais, vê só como positivo, embora coloque a necessidade de que alguém exerça o papel de fio condutor do processo: *“Traz só benefícios, não traz dificuldade, mesmo porque tem o pediatra responsável que é o que puxa o atendimento e a equipe de apoio dá o apoio necessário, a própria palavra fala, pra facilitar esse processo. Não traz nenhum tipo de prejuízo, que eu visse na assistência a essa criança especificamente falando, nenhum malefício, só benefício.”*

Com relação as estratégias utilizadas para possibilitar o trabalho em equipe, cita também as “corridas de leito” e aponta alguns obstáculos encontrados para garantir a continuidade desta prática “... o que mais pesou mesmo foi essa falta de discussão de caso, que tira essa visão ampla, e inclusive o médico diarista não discute sistematicamente com o próprio técnico diarista, discute-se, assim, quando há alguma necessidade de maior gravidade que querem resolver com mais resolutividade aquela questão, agilizar a assistência no que diz respeito a resultado de exames, a encaminhar a criança para algum

*tipo de assistência como interconsulta, mas não sistematicamente, nem por todos os pediatras, e isso também dificulta, é falta de relação sistemática do pediatra com o técnico, rotineiramente; existe mais de vez em quando, pontual mesmo.”*

### **Entrevista nº 7 - Terapeuta Ocupacional**

Nas formas de comunicação utilizadas entre os profissionais, ressalta também a importância das conversas informais, relativizando o termo informal, pois essa conversa informal traria resultados concretos e positivos para o atendimento como por exemplo a manutenção ou possíveis mudanças de conduta. *“ Leituras de prontuários, né? E conversas informais, na verdade, informal, nem sei se é o melhor termo, porque na verdade quando a gente procura um colega é sempre na atitude de estar repensando a conduta, então ela é formal nesse sentido de estar trabalhando para a melhora do atendimento. Mas é informal porque não é nada agendado, é uma busca do colega para entender melhor, tá discutindo, tá passando uma informação que você viu que o colega ainda não viu, não percebeu. Então, leitura de prontuário e essa conversa que na Pediatria do Hospital Regional de Betim ela é constante.”*

Ao perguntarmos sobre sua visão sobre a atuação de vários profissionais no caso, fala da necessidade de diversos olhares para se ampliar a percepção sobre o paciente, porém alerta para o risco do excesso de intervenções: *“Eu acredito que benefícios, porque um paciente, ele não é ele isoladamente, é ele e a família dele, e as relações às vezes na escola, então é necessário que vários profissionais atuem para você poder ver realmente a criança e o contexto dela e pra você atuar de uma forma eficaz. Um profissional só é incapaz de ver tudo isso, às vezes tem criança que o contexto escolar interfere até na saúde dela, a família sempre que é esse núcleo de convivência maior, né? E o organismo da criança também, né? Cada profissional tem um olhar com relação à criança e ao contexto dela e só quando vários profissionais atuam é que você consegue ter uma visão do todo, então acredito que só benefício, o que precisa é ter uma interação entre os profissionais, se cada um vir e ficar consigo a informação, acho que a criança fica muito até..., não sei se posso dizer, machucada. Porque cada um atua de uma forma e pesa muito sobre a criança, mas na Pediatria mesmo que a gente não tenha reuniões formais pra discutir todos os casos – e não temos - os profissionais são muito abertos.”*

Ao falar da organização de seu processo de trabalho, a profissional discorreu sobre as possibilidades de sua inserção nos casos e as maneiras como as demandas chegam até ela: *“Pode ser encaminhada pelo médico, e a grande maioria dos médicos diaristas encaminha, mas alguns médicos plantonistas, que tão cobrindo o diarista que não vai naquele determinado dia, eles não encaminham, então a gente vai de leito em leito, todo dia a gente faz o convite para a brinquedoteca, apesar de ela existir desde o início do Hospital. Então a gente vai na enfermaria, explica a função da brinquedoteca pros pais e pras crianças e já vê a criança nova. Depois de feita a brinquedoteca, a gente vai aos prontuários anotar e vai ler o prontuário daquela criança nova pra ver se é uma criança pra ser triada pra gente. Se é, logo a gente continua indo todo dia, aos quartos, às enfermarias, e aí a gente fala com o pediatra tal criança assim a gente acredita que seja para a terapia ocupacional, a gente já pode estar atuando...”*

Relaciona as estratégias utilizadas para facilitar o trabalho em equipe, cita os seguintes projetos: PERFIL, PEDIATRIA ONZE e MEIA E AS CORRIDAS DE LEITO. Os dois primeiros eram projetos de educação continuada dirigidos principalmente para a enfermagem e coordenados por duas médicas, o último destinava-se à toda a equipe.

Ela introduz também a importância da dimensão afetiva para um bom entrosamento da equipe: *“Houve várias tentativas, né? Mas é interessante porque o ser humano funciona muito no nível do afetivo, então, se faz vários movimentos para um trabalho em equipe, mas uma coisinha simples, como alguém trazer um bolo e não chamar todo mundo para comer, já desestrutura aquela boa vontade do trabalho em equipe, assim, não a nível profissional, mas a nível das pessoas estarem buscando com tanta abertura. Então tem essa coisa do afetivo, é engraçado que, como a terapia ocupacional é minoria, as pessoas se sentem muito abertas para tá falando com o terapeuta ocupacional, a enfermagem busca muito, alguns médicos vêm e falam, é a questão do afetivo interferindo em todas as relações, inclusive, não é que prejudica o trabalho em equipe, mas, por exemplo, montou-se o “Perfil” - “Pediatria Onze e Meia” e tinha as “Corridas de leito”, a corrida de leito é a discussão de casos com todos os profissionais.”* Cita como exemplo uma discussão que foi feita sobre hidrocefalia *“Estava internando muitas crianças com hidrocefalia, então vamos estudar. - O que é hidrocefalia? Aí um técnico de enfermagem ia*

*apresentar – se tivesse um caso específico que a gente queria discutir, todo mundo que atuou no caso ia falar do que tava fazendo, mas a médica conduzia o caso, às vezes, tinha um momento que o técnico não sabia continuar a explicar o caso e a médica continuava, um pouquinho, e dava a deixa para as pessoas continuarem. Além de um conhecimento técnico, trabalhava um pouco a angústia do profissional, porque quanto mais você conhece, mais você sabe atuar...”*

Foi pedido à entrevistada que fizesse uma avaliação da sua visão sobre os motivos pelos quais as “corridas de leito” deixaram de existir, pois notamos que quase todos os profissionais se referiam a ela como uma ferramenta importante para a equipe, porém a maioria diz não saber explicar o porquê de não ter continuado. A isto ela responde: *“A corrida de leito de todos, acho que era o mais tenso, porque apesar do pessoal da enfermagem na hora do “Perfil” falar assim: - “Ah! Não, eu não vou falar não, fala Dra. ( risos) – e aí a doutora falava assim: - “Eu ouvi falar que você estudou”, e aí corria tudo bem. Eu senti uma tensão porque essa corrida de leito é algo tenso, não sei explicar porquê. Talvez porque as pessoas estejam expondo a sua conduta, né? Apesar de que existe o espírito de cooperação na pediatria, que eu não vi em lugar nenhum que eu já trabalhei, é um momento importante, mas como tudo na pediatria, assim, as pessoas querem, sabem da importância mas tem que ter alguém insistindo – “Oh! Hoje tem corrida de leito, oh! Tá na hora da corrida de leito”- e desgasta quem tá sempre chamando – “Ai que coisa, todo mundo já sabe, é esse horário, é agora.”- eu vejo tudo como muito importante, a educação é importante”.*

Ao falar sobre a organização do trabalho, levanta a seguinte questão: o médico teria sido tirado do centro do atendimento e o paciente teria ocupado este lugar ? - *“Ah! A gente tirou o médico do centro e colocou o paciente”. – MENTIRA! Cada um queria tá naquele centro, né?( risos) A gente, no final, briga por uma opinião que depois a gente vê que não era tão relevante assim. Referindo-se ao caso específico em questão, continua : “o quê eu tava trabalhando ali, qualidade de vida, era o médico que tava fazendo o mais importante, junto com a equipe de enfermagem, mas que trabalha sob a orientação médica, né? É... a nutricionista, o fisioterapeuta que avaliou, todo mundo tava vendo a qualidade, até porque, por exemplo:- A nutricionista que trabalha a nutrição? - Trabalha. Mas o*

*médico trabalha nutrição?- Trabalha. Então na internação eu vejo o médico, vejo os médicos da pediatria muito abertos, tem momento que eles fincam o pé? – Tem. Mas eu faria isso também.! "*

Para ela o médico continua ocupando o lugar central no atendimento, e ela coloca isto de uma certa forma como sendo natural, vê o médico como responsável pela sobrevivência, ou seja, pela vida, e os demais, pela qualidade de vida.

#### **Entrevista nº 8 – Assistente Social**

A respeito da comunicação ocorrida entre os profissionais durante a internação, declara: *“os técnicos são muito pouco envolvidos, não por um problema deles, um problema nosso também dessa cultura de não estar procurando, então houve um contato menor com os técnicos, aí na segunda internação é que houve mesmo uma discussão clínica porque a criança veio especificamente com internação social.”*

Ao ser perguntado sobre as vantagens ou desvantagens de o atendimento ser realizado por vários profissionais, responde que também não vê desvantagens. Faz uma ressalva quanto à necessidade de trabalhar melhor a uniformidade da linguagem entre os profissionais e a mãe ou acompanhante: *“Eu não consigo localizar os prejuízo. Não sei se a fala única, esse é um aprendizado que a gente ainda está iniciando, mas eu acho que houve vários ganhos quando vários profissionais atendem porque houve determinadas demandas específicas de cada área, que a mãe tinha que aprender, a comunidade teria que estar vendo, a própria relação com a unidade básica, com os demais equipamentos sociais, então eu acho que isso só colaborou. Talvez a gente não teve frutos claros desses contatos ou destas falas, mas eu acho que isso deu uma clareza do que a gente podia fazer, do que não podia, ainda que a gente não tenha conseguido os frutos que a gente tava almejando. Mas eu acho que houve uma tentativa de mudança de postura da mãe, a criança teve um pouquinho de melhora clínica. O prejuízo é só da linguagem, a linguagem ainda não está muito uniforme, não sei se algum dia vai conseguir ser uniforme, não!*

Quando se diz que não há uniformidade de linguagem é porque talvez não seja esta a palavra mais adequada para o que se quer dizer, como já foi mencionado por um dos entrevistados, mas uma unidade de uniformidade, evitar as contradições ao falar para a mãe ou responsável o que se quer dizer sobre o estado de saúde da criança, e isto só seria possível se houvesse um diálogo e um acordo prévios. Parece que o que acontece é que o

acompanhante/responsável recebe informações dos profissionais que são exatamente a tradução dos seus olhares fragmentados, e que esta situação instituída só é quebrada quando existe um “ruído” na evolução do caso, obrigando a equipe a criar espaço de produção coletiva de um saber e de uma prática transformadora que busca reconstruir a integralidade do sujeito em tratamento.

Com relação aos avanços obtidos na implantação do trabalho em equipe, refere-se à atual conjuntura municipal, quando houve a derrota nas últimas eleições do projeto democrático-popular: *“Olha, desde o início eu tive contato com essa proposta porque nós vemos algumas coisas, eu participei do Colegiado da Pediatria, então nós tínhamos acesso a algumas informações e ao modelo proposto. Acho que na Pediatria nós fizemos algumas tentativas desse trabalho em equipe, acho que nós caminhamos um pouco e nós esbarramos em vários obstáculos. Acho que na Pediatria houve alguma tentativa, eu acho que nós retrocedemos. A correria, a desmotivação, nós retrocedemos um pouco, acho que a gente avançou um pouquinho, fizemos algumas tentativas de discutir os casos, mesmo por equipe de assistência ao paciente, mesmo que não fosse uma discussão clínica ampliadora, fizemos alguns movimentos nesse sentido, não consolidamos.”*

A questão da participação dos técnicos de enfermagem nas discussões de caso, que é um ponto muito destacado na entrevista, é assim avaliada: *“Todas as reuniões clínicas que nós tivemos aqui sempre foram convidados e sempre participaram. Eu não sei se a coisa está a nível da inibição, eu acredito que não, eu acho que é a questão da construção mesmo, nós, por alguma forma, esbarramos nessa construção incluindo a figura do técnico. Eu dou um exemplo assim que a gente debate muito aqui, a questão do acompanhante, do enquadramento em normas ou não, dos problemas que ele apresenta, como eles encaminham pra gente.”*

Sobre as estratégias utilizados para facilitar o trabalho em equipe, cita alguns exemplos e faz uma avaliação das causas de não continuidade de vários deles: *“nós tivemos vários projetos, acho que a Pediatria tem uma série de projetos que inicialmente ela implementou e não conseguiu sustentar. Nós fizemos várias corridas de leito, mas não se tornou uma prática efetiva da equipe. Foram tentativas, mesmo, acho que, diferente de você consolidar uma forma de trabalho, eu acho que houve uma centralização, não sei se*

*por um lado a gente se coloca como culpado nisso, nós nos acomodamos ao modelo de centralização, mesmo com o Colegiado, várias pessoas presentes no Colegiado da Unidade, as coisas caminharam para uma centralização. Hoje, de onze ou treze projetos, só um que está funcionando, que é o Renovar, e é muito legal: é uma enfermeira reciclando conhecimento, discutindo conhecimento com os técnicos de enfermagem, abrange quase cem por cento, tem uma proposta para que isso seja cobertura total e parece que só esse está funcionando. Os outros projetos estão aí, engavetados”.*

Fica constado que não se conseguiu consolidar uma forma instituinte de trabalhar no coletivo no cotidiano, sendo de fundamental importância avaliar os obstáculos a um grau mais aprofundado de consolidação do modelo, ou seja, os projetos foram muito importantes, porém eles não foram potentes o suficiente para provocar uma mudança na prática cotidiana de atendimento à criança na Unidade. O próprio nome é revelador, eram projetos, algo localizado no tempo, talvez a corrida de leito pudesse ter se transformado numa prática cotidiana inovadora e não se constituindo apenas como mais um projeto.

#### **Entrevista nº 9 – Gerente – Médica Pediatra**

Perguntamos sobre o gerenciamento do processo de trabalho no que se refere mais diretamente a cada caso, ou seja, no microespaço da enfermaria e do próprio leito do paciente. A entrevistada lembra, como quase todos os outros profissionais, as corridas de leito: *“A gente não conseguiu implantar a corrida de leito como rotina, nós tentamos fazer o que o modelo preconizava, que era uma corrida de todos os profissionais, isso não existe, é uma idéia assim lunática, não tem jeito de você fazer uma corrida de leitos com todos os profissionais, é desgastante, não é proveitosa. O técnico, às vezes, não entende a parte médica, a parte médica não interessa pela técnica, não interessa porque já tá escrito que tá sendo falado na corrida. Então começamos corrida de leito entre médicos, nesta parte eu acho que participei mais como clínica, nesta época da corrida, quando terminou a corrida, isso aí depende muito do profissional vir até você pra te perguntar.”*

## **Síntese das Entrevistas do Tema 2: Trabalho em equipe**

Os principais aspectos a serem comentados dentro do tema trabalho em equipe são os seguintes:

1. As possíveis vantagens ou desvantagens do atendimento por vários profissionais, para a saúde do usuário durante sua permanência em um leito de hospital: a maioria dos profissionais só vê como positivo, tanto para o usuário, como para o trabalhador, pois estes vários olhares seriam complementares e trariam mais segurança na tomada de decisões sobre as condutas. Alguns levantam o problema das diferentes linguagens usadas para se comunicar com as mães ou acompanhantes, deixando-os confusos até por haver, algumas vezes, informações controversas. Há uma colocação que levanta a possibilidade, neste caso específico, de a mãe poder ter sentido um excesso de controle, o que de fato parece ser uma percepção real. Chama a atenção ainda uma entrevistada que revela a necessidade de se ter um cuidado com as várias atuações para que a criança não se sinta “machucada” em razão de tantas interferências sobre o seu corpo.
2. O encaminhamento de casos ou a forma como é ou não direcionada a demanda para os profissionais não médicos coloca o trabalho médico no centro do debate. Os relatos mostram que os médicos não se comportam de maneira homogênea em relação a esta questão, alguns conheceriam bem o papel dos demais e os acionam adequada e frequentemente, já outros nunca encaminham. Uma entrevistada diz que isto deveria partir em primeiro lugar do médico, que seria uma tarefa dele identificar a necessidade. Para outros, esta “entrada” no caso pode se dar de várias formas: usuários captados pelo próprio profissional, quando ele está realizando outra atividade na Unidade, demanda de profissionais não médicos (inclusive técnicos de enfermagem) ou até demanda espontânea do acompanhante.
3. No que diz respeito às formas de comunicação utilizadas pela equipe, é ressaltada a preponderância do que os entrevistados chamaram de comunicação informal, são as conversas entre eles, sobre os casos clínicos,

sem que tenha sido feito um agendamento prévio com este fim. Há referência também ao prontuário único, embora sua importância, utilização, e até a fidedignidade das informações nele contidas sejam relativizadas.

Ao falar sobre o uso da comunicação verbal, aparece novamente a dificuldade de interação entre o técnico e o médico. Um técnico confessa sua inibição e diz que dificilmente se dirige ao médico, a não ser para responder perguntas ou para solicitar esclarecimentos sobre procedimentos prescritos. Neste caso, diz que tem mais facilidade em conversar com a nutricionista ou a assistente social.

4. As principais estratégias ou dispositivos facilitadores do trabalho em equipe foram os seguintes: projetos de educação continuada (Perfil e Pediatria Onze e meia), as reuniões estratégicas (por categoria, principalmente com a enfermagem) e as corridas de leito.

Vale a pena destacarmos a corrida de leito, uma proposta feita quando da inauguração do Hospital, a qual sugeria que o conjunto dos profissionais envolvidos no caso participassem de uma reunião discutindo os vários aspectos envolvidos na compreensão do mesmo e, a partir da discussão, fizessem novas propostas de intervenção reelaborando o plano terapêutico e redefinindo o papel de cada um nas ações a serem implementadas.

A prática da corrida de leito parece ter causado um grande incômodo nos profissionais, foi algo que expôs as relações de poder e a questão da diferença de saberes entre os médicos e os outros, principalmente o técnico de enfermagem. Todavia, apesar deste dispositivo ter propiciado a explicitação destes problemas, ele é citado inúmeras vezes, como algo que não deveria ter acabado. Somente a Gerente diz que, para ela, era uma proposta “lunática” porque os técnicos não entendiam o que o médico dizia e o médico não se interessava pelas informações dos técnicos. Os demais profissionais fazem um esforço para tentar explicar o porquê da não continuidade, e acabam por admitir que é uma questão complexa para a qual é difícil encontrar uma única explicação; ou outros avaliam como falta de interesse dos médicos ou de compromisso do conjunto das pessoas.

5. Há ainda um último aspecto a ser abordado, embora ele tenha sido muito pouco citado, com este nome, pelo conjunto dos entrevistados: é a elaboração do plano terapêutico. A proposta inicial previa que o resultado da discussão dos casos tivesse como produto a elaboração de um plano terapêutico com o conjunto de ações propostas pelos profissionais, construindo assim um atendimento mais integral, no qual cada um teria seu papel definido. O plano terapêutico é mais lembrado como alguma coisa que não aconteceu ou aconteceu pontualmente em situações específicas.

Fica claro que faltou uma melhor elaboração a respeito da complexidade na construção deste espaço, avaliar o que ele representava na estrutura de poder e saber, e então elaborar estratégias e metodologias adequadas à sua implementação e continuidade.

### **Sub-Tema 2.1 - Relações de Poder**

#### **Entrevista nº 1 – Médica Pediatra**

Nesta entrevista encontramos apenas um pequeno trecho que se reporta ao aspecto do poder médico, e afirma que hoje já não é mais como antes *“Eu acho assim, a história da medicina é uma história muito interessante. Se a gente pensar que nas épocas medievais, como era o médico, como era o paciente, ou mesmo em alguma época atrás, em que o médico ainda era alguma coisa assim de muito endeusado, acho que essas coisas mudam mesmo...”* Esta fala foi feita quando pedimos a ela que avaliasse os avanços em termos do modelo assistencial proposto.

#### **Entrevista nº 2 – Médica Pediatra do Programa de Desospitalização**

A entrevistada coloca situações relativas ao relacionamento com a mãe da criança, as quais revelam um poder de controle do profissional em liberar ou não um impresso de alta em troca de a mãe vir a incorporar um comportamento que garantisse a efetivação das condutas prescritas: *“Ela veio porque ela queria um papel, ela já estava consultando na UAI Guanabara, veio brigando comigo porque queria o papel, para levar para a UAI de lá dizendo que eu havia liberado ela daqui. Eu falei que iria dar alta*

*quando ela fizesse as coisas direitinho que a gente estava prescrevendo pra criança, que com certeza lá é melhor que é mais perto da casa da senhora, mas a gente tá vigiando aqui para ver as coisas que estavam faltando. Ela dava dose de remédio errado, não fez as vacinações que tinham que ser feitas. Ela brigou, xingou o tempo todo que não tinha porque ela estar aqui, que mandaram chamar ela, ela queria o papel da alta. Então eu disse: olha, vamos combinar o seguinte: que da próxima vez que a senhora voltar em janeiro, se até janeiro ela tiver ganhado peso, a senhora fez tudo direitinho, a vacina que está faltando, deu o remédio certinho, eu dou alta daqui, e ela não voltou”.*

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

Foi feita uma pergunta com relação à possibilidade de o profissional poder decidir sobre uma conduta específica dentro de seu núcleo de formação e atribuição profissionais, isso porque foi constatado que muitas vezes no prontuário era colocado o termo “sugiro”.

Como explicação para o descrito acima, é dito o seguinte: “... *Então, nesse caso, como pode tá acontecendo alguma coisa com esse paciente que eu não sei, que eu não consegui perceber, que pode prejudicar o paciente, eu coloco assim: estou diante dessa situação, eu **sugiro** tal conduta, que mude a dieta e que aumente o volume pra tal, faça uma fração xis, então, dependendo, se você sabe que uma paciente que é mais grave e que a conduta exige uma mudança mais radical, e eu tô um pouco insegura em relação ao caso clínico, então eu ponho aquela sugestão pra ganhar tempo, até quando eu conseguir discutir mesmo com o médico, pra eu ganhar tempo porque ele concordando ele coloca: seguir a cargo da nutrição ou ele mesmo coloca na prescrição dele. Se ele não colocou a cargo da nutrição, ele vai alterar, muitas vezes em função do que eu coloquei, então isso é uma forma que eu adotei não por não sentir que eu não tenho autonomia, mas para não dizer que estou passando por cima, não tô impondo, mas eu me sinto à vontade de trabalhar na pediatria”.*

Esta fala demonstra uma contradição ao referir-se à autonomia do trabalho do nutricionista em relação ao trabalho médico. Ao mesmo tempo em que há uma justificativa de ordem prática para o termo “sugiro”, é dito também que é preciso ter “um certo cuidado”

com alguns médicos, ao tomar decisões que impliquem mudança de conduta, sem consultá-los. De certa forma a conduta só seria assumida como tal quando houvesse concordância do médico; cabe ao médico delegar o caso à nutricionista.

Sobre a pouca participação do médico em projetos integradores na Unidade, afirma: *“Eu acho que infelizmente a gente tem que mudar muito essa mentalidade ainda. Ele tem opção, ele pode, é, ele pode escolher e todo mundo aceita. Acho que tem da vontade de você fazer determinadas coisas, mas tem momento que você acha que não é adequado, você não acha que era pra ser daquela forma, você às vezes, é obrigado porque fica meio submisso mesmo, então acho que tem que mudar a mentalidade principalmente do médico, porque acaba que você não consegue trabalhar em equipe porque tem um certo boicote, sabe, assim nem consciente de maldade, eu não consigo explicar direito isso, né? Mas é, eu não sei se não dão importância, às vezes, pra certas coisas, tá muito centrado, tem que olhar o paciente, tem que medicar; a dificuldade que eu acho é do médico, todos os profissionais que eu discuto, e converso, a gente fala dessa questão de trabalhar mais junto, tá discutindo, muitas vezes esbarra no médico, né? Os outros já estão envolvidos.”*

Está explícita aqui a autonomia do médico de decidir se participa ou não de atividades ou estratégias gerenciais de trabalho em equipe, tanto aquelas que não são diretamente ligadas ao atendimento dos seus pacientes ou mais especificamente de atos específicos que venham a influir diretamente nos procedimentos pelos quais ele responde, de se reservar o direito de se manter isolado e de certa forma protegido de possíveis exposições de idéias que possam acontecer ao se colocar um problema em discussão.

Em sua avaliação quanto aos avanços obtidos em relação à proposta inicial de trabalho em equipe e, comparando com outros hospitais, uma grande dificuldade encontrada estaria ainda na postura do médico: *“Mas eu acho que tem muito a mentalidade dos profissionais, principalmente médico, né? Infelizmente, tudo que a gente consegue, igual nós temos um projeto do aleitamento materno, começou assim, com a sensibilização da equipe em um trabalho fantástico que fizemos aqui de implantação e, incrível, você consegue da assistente social, consegue da terapia ocupacional, do psicólogo, da nutrição, você consegue ter das mães, até das crianças maiores e o médico você não consegue ..., eu acho que ele é cabeça de alguma forma, então se ele não mobiliza, ele não entra no*

*sistema, dificulta! Acho que ele é o primeiro a tá entrando no esquema, aderir, e ele não entra; muitas vezes os outros profissionais têm que arrumar tempo, tem que dar seu jeito e participa, ele é como se fosse um pouco obrigado, o médico não, ele faz opção. Eu acho que, infelizmente, a gente tem que mudar muito essa mentalidade ainda. Ele tem opção, ele pode, é, ele pode escolher e todo mundo aceita. “Acho que tem da vontade de você fazer determinadas coisas, mas tem momento que você acha que não é adequado, não acha que era pra ser daquela forma, você é obrigado porque fica meio submisso mesmo”.*

A fala deste profissional é bem contundente quanto à liberdade que o médico tem de optar em participar ou não de projetos institucionais e de fazer um movimento para promover a interação com os demais. Isto certamente não é nenhuma novidade, porém, a questão que fica colocada para todos os empenhados em promover processos de mudança nas instituições públicas é a seguinte: se o médico ainda ocupa o lugar central na tomada de decisão sobre as condutas nos casos clínicos, particularmente em hospitais, como conseguir mudanças significativas no modelo assistencial do atendimento sem sua participação? E mais, como ganhar a adesão da categoria para essas mudanças? Fica claro que os instrumentos gerenciais tradicionais não dão conta deste problema.

#### **Entrevista nº 4 – Técnico de Enfermagem**

Aqui observamos mais uma negação do que afirmações ou críticas às relações de poder entre os profissionais. Os problemas existentes seriam relativos às características pessoais, e não próprias da história da inserção das profissões na sociedade, na saúde e particularmente no hospital: *“Eu já passei por quase todos. Então, no geral, eu acho que depende muito da pessoa porque tem colega de trabalho que acha que: - “Aquele médico é assim, assim, assim”. Mas você conversa diretamente, você procura conversar com o médico, você vê que não tem nada disso, então eu acho assim que num tá separado, tem uma certa separação, mas, mas em nível de benefício pro paciente eu acho que num tá diretamente, meu caso, eu me dirijo pra igual com eles, eles dirigem pra igual comigo, eu nunca fui nenhuma vez rebaixado por nenhum, eu nunca senti que eles foram superiores ou alguma coisa assim, eu não tenho visto isso, não, tenho visto uma certa igualdade mesmo.”*

Solicitou-se que fosse avaliada a relação com outros profissionais não médicos, e a opinião foi a seguinte: *A enfermeira, eu tive alguma pequena divergência, mas com uma enfermeira da noite, foi justamente na troca de plantão, mas não deu em nada, no geral acho que é muito bom, não tem aquele negócio de que eu sou, o médico é dono e você é o empregado, não tem essa... Porque, igual eu te falei, porque tem colega de trabalho que já vê diferente; eu, no meu caso, eu não vejo, eu vejo como equipe igual, eu converso com o pediatra, ele também vê assim, porque, igual comunicação, eu acho que se você procurar conversar, você procurar mostrar mais interesse, isso acaba ajudando muito.*”

### **Entrevista nº 5 – Técnico de Enfermagem**

Seguindo um pouco o mesmo tom da entrevista anterior, nesta fala há também uma negação da questão do poder nas relações, e os problemas identificados são atribuídos a uma inibição da própria entrevistada. Ao se referir ao rodízio de enfermarias, tendo como consequência a mudança do médico com quem vai trabalhar, diz: *“Eu, particularmente, por exemplo, nunca achei dificuldade não, porque sempre cheguei, se tivesse alguma conduta a ser tomada sempre já cheguei e perguntei, se tinha alguma coisa que eu não estava entendendo pedia pra poder explicar melhor, então comigo nunca teve problema desses obstáculos, não, diretamente com o médico, responsável pela enfermaria.”*

Ao ser perguntado se a relação com outros médicos se desenrola com a mesma facilidade, ela responde *“Não. Pra mim, eu já acho mais difícil, eu sou mais inibida de chegar e questionar, alguma coisa, se eu tô em dúvida, alguma coisa assim, aí pra eu chegar e perguntar isso é fácil, mas pra eu chegar e discutir alguma coisa eu já me sinto inibida”*. Continuando a investigação sobre a questão, foi perguntado se ela quisesse dar uma sugestão, como o faria: *“É, geralmente eu posso, eu tenho mais facilidade de recorrer à enfermeira... Isso, alguma coisa mais simples que pode ser resolvida, eu já cheguei e já falei, mas, tomar conduta de uma outra coisa, eu nunca me senti ter aquela liberdade de chegar e falar, não... Muito inibida ainda, nessa parte”*.

Como na parte da entrevista relativa ao caso foi citada pela entrevistada sua interação com a nutricionista, foi perguntado se ela sentia mais liberdade, ao que respondeu: *“É com ela eu achei mais fácil, ela já chegava e já perguntava pra gente ou*

*então você sabia que ela gostava do peso da criança, então antes dela chegar, você já tinha o peso pra ela, eu achava mais fácil com ela... Essa parte da nutricionista eu acho muito fácil, sou mais fácil pra relacionar com nutricionista e tanto com assistente social também...”*

### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

Falando sobre o momento da corrida de leito, explicita a dificuldade de compreensão em função do uso excessivo de termos médicos: *“a discussão de caso se prendia muito à questão médica, era voltada para termos médicos, os técnicos ficavam prejudicados, tinham pouco crescimento pessoal com isso. A participação deles não era espontânea, vinham obrigados”*.

Durante toda a entrevista não apareceu claramente a questão do poder, porém, no final, foi dada uma declaração com o pedido de que não fosse gravada: *“A questão do poder é cultural, o médico concentra a decisão sobre o caso e é pouco aberto a sugestões. Tem algumas exceções, a minoria dos médicos valoriza as sugestões da enfermagem. Exemplo: o técnico diz para o médico que a criança está no limiar da desidratação; o médico diz:- eu já avaliei, não está desidratado. Anula a fala do técnico. A relação de poder do médico com as outras categorias é gritante, a enfermagem é mais vulnerável por estar mais presente. Este poder médico, mesmo dando abertura a sugestões, dificulta a interação da equipe.”*

Não só a própria verbalização sobre as relações de poder do médico com os técnicos e auxiliares de enfermagem está colocada de forma contundente como um entrave a uma maior interação da equipe, como a própria forma de fazê-la demonstra que há receio inclusive das conseqüências que isto possa trazer, na medida em que é colocada a vulnerabilidade do pessoal da enfermagem pela sua proximidade com o médico no labor cotidiano.

## Entrevista nº 7 - Terapeuta Ocupacional

As várias referências às corridas de leito, nos instigou a buscar compreender melhor o que esta prática despertou na subjetividade dos trabalhadores. Como foi mencionada a palavra “tensão”, perguntamos se a tensão se dava pelo viés da formação profissional e como ficava a posição de igualdade entre os participantes. A resposta veio apontando problemas relativos ao grau de maturidade de cada um, direcionando mais uma vez para problemas de ordem pessoal: *“Eu acho que algumas pessoas têm disponibilidade para fazer isso, outras não, as que não têm causaram esse sentimento de tensão. São pessoas de competência a toda prova, mas que não estão dispostas a estar recebendo alguma crítica entre aspas, ou algum comentário sobre seu trabalho, mas ainda assim faziam porque é diferente quando você está discutindo com outro, orientando ou informando do que quando você está fazendo uma corrida de leito, a princípio aberta ao palpite do outro.”*

Voltando ao tema da postura do médico e da sua posição de centralidade na equipe, fala de demarcação de territórios e se reporta ao aspecto histórico do lugar que o médico ocupa na sociedade. É interessante observar uma aparente contradição em um discurso que às vezes parece crítico a essa posição, ao mesmo tempo em que justifica e dá razão aos argumentos que a sustentam. Por outro lado faz um paralelo com o médico de família de antigamente e conclui que este tipo de profissional atendia ao paciente como um todo, concluindo que ele poderia prescindir de outros profissionais. *“É... mas tem profissional que bate de frente também, por quê? – Porque ele quer marcar o seu campo, o seu território, e aí, se tem algum médico que ainda tá muito cheio de vaidade..., tem uma pessoa lá, que é fantástica (...?), mas que ele tem coragem de falar, que os outros profissionais só surgiram porque o médico deixou (risos). É verdade? – Até um certo ponto é; porque houve um momento na história, daquele médico familiar, que atendia o emocional do paciente, que atendia lá, e falava assim: - “Não, você tá precisando é de viajar, ir pra praia.” Mas não no sentido descompromissado, no sentido de quem entende o outro, então esse médico tem razão, tem sim! O médico, ele tem um conhecimento tão grande da fisiologia, e se ele se dispõe a ouvir o outro, ele pode entender o outro realmente; que quando ele não faz, é que ele deixa o outro profissional existir, que quando*

*ele faz ninguém quer procurar outro não, só procura os outros – psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, quando o médico realmente não consegue abarcar tudo; hoje, com a dimensão que a gente tem de doença, com a estrutura social desfeita, né? Com essa pobreza exagerada, precisa dos outros profissionais, mas que foi a especialização da medicina em tantos setores, que permitiu isso, permitiu até os outros profissionais. Mas, assim, eu nunca tive problema com médico algum, eu sempre trabalhei com todos, dos que têm fama de ser terríveis, até os mais doces, e mais, mais abertos, né? Apesar de se observar uma patente contradição nestes argumentos, há uma lógica que busca explicação nos fatos históricos na época em que o médico cuidava do paciente sem o apoio de outros profissionais. Ao analisar as demandas de saúde na sociedade contemporânea, fala da realidade social complexa na qual os problemas de saúde estão inseridos, e questiona se o médico ainda seria capaz de cuidar sozinho do doente, como o foi em tempos passados.*

Outro aspecto interessante de ser focado nesta entrevista é a questão de “demarcação de território”. O médico luta para manter um espaço já conquistado, os outros profissionais de nível superior lutam para conquistar ou ampliar seu espaço. Isto aparece de forma mais contundente nas profissões que ainda lutam para serem legitimadas socialmente.

Esta disputa clara de poder toma uma dimensão mais dramática quando os argumentos partem para discutir a responsabilidade profissional sobre a vida e a morte, inclusive nos seus aspectos legais: *“Teve uma vez, até muito constrangedora na pediatria, que a gente tava discutindo um caso, não se chegou a um consenso e a palavra final da pessoa, que é pediatra foi assim: - “Quem que assina o atestado de óbito?” – Foi duro. Mas, na verdade, acho que essa pessoa tava dizendo o seguinte: - Oh! Você tá falando, tá falando, mas se a coisa ficar feia, quem vai arcar com a responsabilidade? Posso tá equivocada, mas eu acredito que a responsabilidade médica, ela é tanta, o stress dela é tanto, ela está conduzindo o caso, eu tô trabalhando na melhora da vida daquela pessoa, mas a condução do caso, a sobrevivida depende das atitudes médicas, depende da minha, é...até uma atitude errada minha, pode levar ao óbito? Pode! Deus me livre e guarde que isso aconteça, né?. Mas o médico é a sobrevivida, o paciente vai chegar mal, é pra ele começar a conduzir o caso.”*

Foi pedido que a entrevistada fizesse uma avaliação dos avanços obtidos no HPRB comparando com a experiência vivida em outros hospitais. Responde que trabalhou em um Hospital psiquiátrico para crianças e compara: *“É... mas vejo também a mesma coisa, os médicos estavam abertos pra discussão de equipe, tudo, mas se contrariasse a visão dele, assim, o projeto que ele tinha, era um não redondo, até a alta, às vezes, por exemplo, o terapeuta de referência era eu, mas o médico resolveu que ele vai fazer um eletrochoque, ia pro eletrochoque, voltava pior? Voltava “n” vezes pior, e ele não tinha a consciência, vamos dizer assim, de ir lá discutir na equipe, e de reconhecer: - “Oh! Indiquei eletrochoque pra fulano e pra sicrano, eles estão piores e vocês vão agüentar eles no hospital-dia, eles piores!”*

Ainda sustentando o argumento sobre o peso da responsabilidade do médico sobre a vida do paciente, mesmo questionando se algumas ações de sua competência não seriam também preservadoras da vida, continua: *“Ele sente isso, o paciente depende dele. E, na verdade, na vida física é ele que faz, né? A prescrição de medicamento e até, por exemplo, quando eu te falei do paciente, pacientes renais, que a gente acha que já pode ir andando. O médico fala: - “Não! Eu não prescrevi repouso absoluto, mas eu quero que hoje ele não saia, a pressão dele hoje de manhã tava alta.” – “Posso medir agora? “ – “Pode, ainda assim ele vai ficar no leito.” Eu acho que tem que ser respeitado. Porque, se o médico tem um projeto de tratamento, que desse projeto depende a vida do paciente, do meu projeto depende a qualidade de vida, menos quando eu trabalho a sucção, deglutição, aí é a vida também, mas nos outros setores eu tô trabalhando qualidade; a gente viu que qualidade de vida, é a melhora do paciente, né? Faz com que essa melhora seja mais rápida. Mas eu acho que é uma tensão tão grande que eu acho que é inumano achar que o médico vai ter uma abertura tão grande.”*

### **Entrevista nº 8 – Assistente Social**

Ao avaliar os avanços obtidos na proposta de trabalhar em equipe, voltam à tona os problemas de relação dos técnicos de enfermagem com os outros membros da equipe: *“Uma é a questão da relação do profissional médico com o técnico de enfermagem e da nossa relação dos profissionais não médicos de nível superior com os técnicos, acho que é uma figura imprescindível, a gente não conseguiu estabelecer um espaço legal de*

*conversa, de trabalho, desse vínculo mais próximo, mas eu tive a experiência de fazer cobertura de plantões no Pronto-Socorro, de cobrir férias em outros setores do hospital, de trabalhar na hemodiálise, eu acho, não sei, se porque estou mais presente aqui na Pediatria, na clínica médica e na pediatria, na minha avaliação, foram as que avançaram um pouco mais nessa proposta.”*

Ainda sobre os técnicos de enfermagem, a entrevistada se refere às relações altamente hierárquicas entre estes e o enfermeiro. Mesmo para haver um repasse de informação de algo que foi observado e considerado importante, o diálogo direto não é praticado, há um intermediário nesta relação, que é o enfermeiro. Esse caminho torna o percurso da comunicação mais longo e acaba por diminuir a agilidade e eficácia no encaminhamento dos casos. *“Até a idéia do acompanhante como colaborador, a gente vê que existe uma certa hierarquia que eles fazem questão de respeitar, que é a figura do enfermeiro, muitas vezes eu me aproximei, acho que eu tenho uma relação, boa, eu acredito que há um certo respeito a essa hierarquia, então muitas coisas atrasam; é feito via enfermeiro, por mais que eles façam contato rápido com a gente há sempre um cuidado, um respeito, acho que isso atrasa um pouco, não sei se poderia ser diferente, não seria nem desconsiderar a figura do enfermeiro, mas de incluí-lo de outra forma, a gente criar um fluxo um pouco mais aberto, eu vejo que, na questão do médico passando determinadas atribuições para os técnicos, há também um certo conflito, porque tem determinadas coisas que dependem da autorização do enfermeiro e o enfermeiro faz a defesa do técnico, com certeza, ele está nesse espaço também pra defender o que é direito e o que não é, mas eu vejo que algumas coisas acabam sendo atravessadas em função disso, a figura do enfermeiro não é onipresente, então eu fico perguntando que nível de autonomia tem esse técnico, essa autonomia não tá muito clara, não é clara pra eles, não está clara pra gente e não sei se isso é um problema já crônico, antigo, de outros lugares. Acho que há uma sobrecarga de questões que o técnico leva para esse enfermeiro e não há como delegar, não sei se é possível descentralizar, eu acho que a atitude do enfermeiro emperra isso, a própria apropriação do saber, desse técnico se posicionar. Nós vemos aqui um universo grande de técnicos, acho que são quarenta e três ou quarenta e quatro, poucos se destacam, têm um nível de autonomia, não é nível de conhecimento, mas nível de autonomia para circular entre as discussões, de dar contribuição, de conhecer o caso, de*

*perguntar o diagnóstico, eu vejo assim, já que não é atribuído um nível de poder, então não há um nível de desejo de informar, de correr atrás, de discutir, de falar o que ele acha também do caso, eu vejo que é rico, e tem coisas que eles sabem muito sobre o universo social, que me ajuda e eles ficam inibidos de falar.*

### **Entrevista nº 9 – Gerente – Médica Pediatra**

Foi pedido a ela que falasse a respeito da relação com os profissionais de nível superior, para ela a qualidade dessas relações *“depende muito do pessoal, o pessoal eu acho que interfere muito. O que eu vejo é que não tem uma maturidade grande de estar assim o estritamente profissional trabalhando. Depende muito do humor de cada um, da empatia com a pessoa, isso a gente vê, procurar mais ou menos esse ou aquele profissional, o que pro trabalho é uma coisa ruim, um certo grau de maturidade não consigo ver, não.”* Ela ressalta mais a passividade dos outros profissionais do que a hegemonia do poder médico, inclusive negando sua postura corporativa: *“Eu acho que os profissionais não médicos às vezes ficam naquela parte passiva... “Ah! Mas o médico não me procura.” Mas e o lado ativo? “Eu tô aqui, eu posso ver”, às vezes o colega não percebeu a importância de chamar esse ou aquele profissional. Uma crítica eu tenho, grande, a fazer nessa relação médico-técnico, médico-não médico e esta parte do médico sempre tem que tá ativa: “Ah! Mas ele não me procura... Ah! Mas ele não me pede.” Não, mas e o meu lado? Eu não posso ficar na passividade, eu tenho que saber dos casos, eu tenho que ir atrás, eu tô vendo que uma criança tá precisando, eu tenho que fazer minha busca ativa, então, as relações, elas ainda dependem muito do lado pessoal, consegue-se fazer corporações, mas não corporações entre profissionais, não, médico com médico.”*

O termo corporação aqui é usado de uma forma bem singular, não como uma união em torno de determinados interesses de uma categoria profissional, mas sim algo denominado por ela de “corporação de equipe”, de um profissional não admitir crítica a outros, mesmo não pertencendo à mesma categoria profissional e sim por compor uma equipe de uma enfermagem, por exemplo. Vejamos: *“é corporação de equipe, se você tá vendo que tá sendo legal o trabalho de um médico, isso não é falado, pode reclamar nos cantos, nos corredores, mas isso não chega: “ Olhe, não tô gostando do trabalho de fulano de tal”... .*

Há uma contradição nesta fala, pois, ao mesmo tempo em que se afirma que a equipe desenvolve estratégias de auto-proteção, também é dito que esta proteção só acontece dos médicos em relação aos demais, e não é o que se observa na fala de outros profissionais : *“Os médicos eu não vejo chegando e falando: “Não tô gostando do trabalho de tal profissional, mas o contrário existe, os não médicos, às vezes, reclamando de atividades dos médicos, isso existe. A enfermagem reclamando de atitude de médico existe, mas eu não vejo é os médicos reclamando de atitudes da enfermagem e de atitudes de não médicos, isso realmente não vejo, vejo o contrário, o que eu chamo de corporação é isso,, que o perfil de um profissional não médico, ele não é totalmente adequado pro que tem na unidade, porque sobre ele não chega reclamação até mim, eu acho que nesse ponto os médicos fazem uma corporação, ele não tá reclamando do outro, não do outro médico, mas do outro profissional, talvez até reclame mais de médico do que de outro profissional, reclama-se de médicos, de médico reclamando de outros médicos, chegou atrasado, ou não me ajudou ali. Mas não reclamam do fisioterapeuta, da assistente social, da psicóloga, isso eu não vejo reclamações. Neste ponto coloca em dúvida se isto pode ser chamado de corporação, ou se estaria mais no âmbito das relações pessoais, o fato de o médico não querer se indispor com um outro profissional, aparece claramente o problema do “não ditos” dificultando uma visão mais clara do gerente sobre os problemas reais do trabalho na Unidade : *“Não sei se é uma corporação, se é pra não queimar, pra não falar mal de outra pessoa, porque só tem um, então, se você falar mal do serviço social, tá falando mal de uma pessoa, aí é que tá a grande coisa, que é difícil gerenciar, porque as pessoas não falam, porque aí está falando de uma pessoa, aí vira pessoal.”**

Revela que ultimamente tem recebido algumas reclamações de técnicos quanto ao comportamento de médicos em relação a eles e atribui este problema ao momento político institucional pelo qual o Hospital está passando, o qual trouxe uma diminuição no quadro de pessoal, acarretando assim uma sobrecarga para os demais, e não a uma relação de opressão de uma categoria sobre outra *“eu não consigo ver uma relação de poder que o médico ataca o técnico, atualmente têm me chegado mais reclamações, porque os técnicos conversam muito, a gente pede para os enfermeiros estarem muito ali, ao lado disso e, aí, têm me chegado muitas, muitas não, mas algumas de médicos variados, que tratou fulano mal, eu acho que isso é uma coisa do momento, é lógico que ao longo desses anos a gente*

*teve atrito de um, mas eu não consigo ver uma corporação que massacra os técnicos de enfermagem, eu realmente não consigo ver isso aqui no dia-a-dia... no atual momento fica muito complicado eu analisar, que eu tenho recebido reclamações, mas acho que tem uma série de coisas que tão contribuindo pra isso, né? Um salário que, comparando com outras hospitais, é um salário mais baixo, uma escala que não tá completa, é uma época que tem mais menino internado e a gente tá com déficit de profissional na enfermagem do semicrítico, então as pessoas tão fazendo hora extra, tão cobrando, tão o dia inteiro trabalhando e não conseguindo ter aquele descanso...*

Falando sobre o exercício da gerência sobre os profissionais não médicos, expõe novamente a situação de tensão entre uma tentativa de uma postura normativa e de controle expressa na vontade de estabelecer parâmetros quantitativos de produção, a gestão colegiada e a autonomia do trabalhador. Ressalta também a necessidade de compartilhar o gerenciamento com os trabalhadores: *“eu vejo que tem profissionais que não se inseriram no perfil da unidade, no próprio Colegiado, a gente traçou algumas coisas, mas aí, ao longo do tempo, que eu fui percebendo: se você entra nisso e banca, como eu já banquei algumas coisas aqui com um profissional, vira pessoal: você não gosta de mim, você não quer que eu fique aqui, porque a equipe não banca isso e aí não adianta, ninguém gerencia sozinho.”*

### **Síntese das Entrevistas do sub-tema 2.1: Relações de Poder**

O poder médico é colocado o tempo todo no centro das discussões, aparecendo tanto numa visão histórica da instituição da profissão como em situações mais concretas do trabalho no Hospital. Observa-se que os entrevistados ao entrarem neste campo de discussão não veem todos os médicos com uma postura uníssona e fazem questão de dizer que existem médicos mais abertos à discussão do que outros.

Outro grande questionamento diz respeito a uma postura mais tolerante da instituição para com os médicos que não aderem aos projetos institucionais; é dito que só eles podem optar se participam ou não de alguma atividade que não seja relacionada com o atendimento individual dos doentes internados, os outros profissionais, de alguma forma, têm que se adaptar e se submeter.

Nas falas dos técnicos de enfermagem, percebe-se uma negação das relações de poder. Eles atribuem os problemas surgidos no trabalho às características individuais, inclusive deles próprios, como é o caso de uma técnica que declara ser muito inibida e, por este motivo, evita dirigir a palavra ao médico, tendo mais facilidade de se comunicar com outros profissionais. Já para dois outros profissionais, a fala do técnico ou é desvalorizada ou até anulada pelo médico. Uma colocação interessante diz respeito aos técnicos não se sentirem à vontade para se dirigirem diretamente aos outros profissionais. Eles se sentem na obrigação de respeitar a hierarquia, por este motivo o repasse de informações sobre os usuários é feito primeiro aos enfermeiros. Para uma entrevistada, as posturas de poder do médico se fazem sentir de forma mais contundente sobre a enfermagem devido esta se encontrar mais presente na enfermaria, tendo portanto maior contato com o médico.

Para a Gerente, os problemas também são de caráter pessoal e os conflitos se dão devido à falta de maturidade individual e deficiências nas condições de trabalho. Conta que, ultimamente, vem recebendo algumas reclamações a respeito de mau trato de médico para com o técnico de enfermagem, porém, na sua avaliação, isto está acontecendo por causa da conjuntura atual, na qual a escala de trabalho está incompleta, e algumas reivindicações dos técnicos, como, por exemplo, um chuveiro no andar, que não foram atendidas. Ela fala ainda de uma atitude de auto-proteção da equipe. Segundo ele, não há uma corporação de uma categoria profissional, mas uma corporação de equipe, uma vez que o trabalhador de uma categoria muitas vezes é único na Unidade. Falar algo sobre aquela categoria seria estar falando de uma pessoa específica, o que causaria constrangimento, por esse motivo os médicos evitariam reclamar de outros profissionais.

A entrevista mais contundente a respeito desta questão é da terapeuta ocupacional que, de uma certa forma, defende a posição de centralidade do médico na equipe, porque o médico seria o profissional que tem mais responsabilidade pela vida do paciente, embora o exemplo do eletrochoque utilizado nesta mesma entrevista, a nosso ver, não possua coerência com este argumento. Outro exemplo muito forte é o relato de uma discussão na qual o médico perguntou aos outros profissionais: quem é que assina o atestado de óbito? Bem, isto é um fato, sabe-se que em algumas situações realmente estes argumentos se justificam, porém isso não é uma verdade que caiba em qualquer situação,

pois muitas vezes as medidas necessárias para a manutenção da vida e melhora da qualidade de vida não são medidas medicalizantes e, sim, ações interdisciplinares que produzem mudanças em outros aspectos da vida e na subjetividade do doente e de sua família, trazendo com isto sensível melhora no quadro clínico.

Há dois aspectos mais importantes das relações de poder a serem destacados: a relação de poder entre os profissionais médicos e os profissionais de nível superior não médicos; esta relação é claramente colocada como uma disputa permanente de saberes e ampliação de espaço profissional.

Já a relação entre os técnicos de enfermagem, que são trabalhadores com escolaridade de nível médio, os médicos e os profissionais de nível superior, não chega a ser uma relação de disputa, nela não está em questão a ocupação de espaço e a afirmação de um espaço no mercado de trabalho, não há dúvidas com relação à necessidade do pessoal auxiliar de enfermagem. O que se observa é uma relação de reprodução da denominação de classe. Nesta relação predomina fortemente a hierarquia, inclusive sobre informações da expressão da vida cotidiana dos usuários, as quais só são observadas, na maioria das vezes, pelo técnico ou auxiliar de enfermagem.

## **Tema 2.2 - Autonomia**

### **Entrevista nº 1 – Médica Pediatra**

Abordamos aqui a forma de organização do trabalho individual procurando identificar a autonomia de cada categoria profissional.

A entrevistada começa descrevendo sua rotina diária no trabalho: *“As minhas crianças são oito crianças, então eu tenho nessa planilha nome dessas crianças, os dados vitais, quais os exames que eu tinha que cobrar da véspera, se tem alguma coisa pendente, já agilizo isso, porque o nosso tempo é relativamente curto, são seis horas que eu tenho pra poder agir. O que tem pra ser cobrado, eu já cobro do laboratório, já dei aquela primeira olhada, pra ver se tinha alguma coisa mais grave com as crianças e aí eu vou fazer o atendimento a eles, faço o exame físico, vejo como elas estão, geralmente tem mãe que tem alguma dúvida, quando eu termino tudo, eu falo: - “Olha, daqui a pouco eu volto e*

*faço o esclarecimento pra vocês”. Terminei de fazer o atendimento de todas as crianças, depois eu vou sair pra prescrição e a hora que eu termino as prescrições eu volto na enfermaria, discuto cada caso com cada mãe e tiro dúvida com cada uma delas, em média é assim que funciona.”*

### **Entrevista nº 2 – Médica Pediatra do Programa de Desospitalização**

Não foi dirigido a ela nenhuma pergunta sobre o tema devido à especificidade de seu trabalho que é de caráter ambulatorial.

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

A respeito de sua rotina no acompanhamento de um usuário, afirma que, para ela, é muito importante a leitura sistemática do prontuário, bem como a anotação detalhada de tudo que foi observado e as condutas tomadas. Faz uma crítica aos profissionais que não lêem e constata isto por meio do registro de dados contraditórios no prontuário. É uma prática desta profissional ler e registrar sistematicamente no prontuário: *“Acho que, de um modo geral, as pessoas não lêem, acho que brasileiro não gosta de ler, e eu tô sempre fazendo evolução, se eu não ler, eu tenho que ir lá ver, pra mim é importantíssimo, porque, se não está evacuando, como dar uma dieta laxante? então eu acho extremamente importante, eu tomo muito tempo: pra mim é fundamental e eu gosto de estar sempre registrando, apesar do tempo, às vezes, tem que ficar dia sem tá colocando, colocar mais quando é uma mudança mais radical na dieta, porque você não tem tempo de estar escrevendo.”*

No que tange à organização da sua rotina de trabalho diária, lembra que, além do acompanhamento das crianças, tem que acompanhar e supervisionar o trabalho do lactário e um problema apontado por ela para garantir a qualidade deste trabalho é a carga horária insuficiente (4 horas diárias): *“Tem a questão do preparo do lactário, então tenho que me organizar de acordo com os horários do lactário, mas é um esquema meu, eu que crio de acordo com a necessidade. Então, dou assistência ao lactário nas primeiras hora, eu converso com as meninas, e aí vou direto pra ficar na Pediatria. Só que é muito misturado, às vezes, acontece um problema no lactário, eu tenho que ir lá atender, parar o*

*que tô fazendo na Pediatria e tem coisas que é um pouco junto também, porque, se eu faço uma conduta, tenho que ir lá e tá orientando, mas eu tenho meu critério, a minha forma, que eu acho que é correta”.*

Sobre a influência da Gerência nesta organização, diz que houve uma tentativa de imprimir uma certa forma de trabalhar que ela considera inviável, principalmente devido ao tempo disponível no hospital: “... a gerente, ela às vezes tem interesses que flua de alguma forma o trabalho que eu consigo perceber que não funciona e ela insiste que teria que funcionar, por exemplo, ela gostaria que eu atendesse cem por cento das pacientes da Pediatria. Só que não tem condições, não há hospital nenhum em que uma nutricionista atende cem por cento dos pacientes trabalhando quatro horas, é impossível”.

#### **Entrevista nº 4 – Técnico de Enfermagem**

Na questão da organização de sua rotina diária de trabalho, dizendo que a enfermeira dá as orientações gerais do que deve ser feito e ele executa dentro de uma lógica e uma ordem próprias: *a rotina que eu tenho aqui, eu chego, eu pego todas as prescrições e tiro as medicações e passo a etiqueta nelas, aí, mais tarde... Eu passo as prescrições pro médico...O médico vai evoluir e fazer as prescrições, aí olho os dados, olho a questão da enfermaria. Igual eu estou na parte da manhã, agilizo a questão do banho, colho o sangue que o médico prescreveu; depois olho os dados vitais da criança e vou passando a medicação conforme o horário, aí, mais tarde... na hora que tá no finalzinho do plantão, eu evoluo a criança, eu relato tudo que aconteceu com ela durante o plantão.”*

A seguir, descreve os procedimentos que adota, para com o acompanhante ou crianças maiores, quando interna um paciente novo na enfermaria sob sua responsabilidade: “*Paciente novo, eu informo pra ele a respeito da conduta da enfermagem, a respeito de banheiro que ele pode utilizar, a questão dele ficar mais ou ficar o maior tempo possível com o paciente, a questão, por exemplo, da sala de televisão, o ambiente e a rotina que eu vou ter em relação ao paciente, e procuro explicar também, quem é a enfermeira que está no momento, quem é o médico que vai passar naquela enfermaria.”*

### **Entrevista nº 5 – Técnico de Enfermagem**

Com relação à liberdade para organizar seu trabalho, repete um pouco o padrão da entrevista anterior no que se refere à possibilidade de definir a ordem em que as tarefas serão feitas: *“do jeito que eu faço, eu organizo do meu jeito, primeiro vou olhar a medicação que a criança vai ter os horários certinhos; depois eu já vou priorizando os dados que têm que ser olhados, na hora que eu já tô olhando os dados, eu já vou com a mãezinha ajudando a dar o banho; isso já é minha rotina que eu faço sempre; às vezes, já vão olhar os dados primeiro, depois vai tirar a medicação, a minha rotina que eu tenho que fazer já é a norma do hospital, a minha liberdade que eu tenho de fazer é nessa ordem, é desse jeito assim.”* Outro ponto enfatizado por ela denota uma preocupação e também um zelo com a organização e a limpeza da enfermaria: *“Geralmente é assim minha parte pra poder organizar, a liberdade que eu tenho por exemplo, tem coisa fora do lugar na enfermaria... Você vai lá e arruma ... A mãe não trocou o lençol do berço, você vai e troca; a mãe tá dando banho, enquanto isso você vai trocando ou mesmo limpa as mesinhas pra deixar um ambiente mais organizado, acho que é essa parte que eu tenho mais liberdade.”*

### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

A entrevistada diz que o processo de trabalho e as rotinas previsíveis são discutidas e definidas pelo conjunto de enfermeiros da Unidade. Quanto aos problemas que ocorrem durante o plantão, são assumidos e resolvidos pelo enfermeiro do horário como descreve a seguir: *“Orientação, acompanhamento, é feito pelo enfermeiro do seu horário e a responsabilidade é daquela técnica e do enfermeiro que tá naquele plantão. Ele responde pelo seu plantão no que diz respeito aos problemas que não são previstos e são constatados: “Logo no início do Hospital Público Regional de Betim, montamos nosso padrão funcional, que fala quais são as nossas obrigações, também ao planejamento que pode ser prévio, com relação à escala de enfermagem mensal e diária feita previamente; folga de funcionário é discutido com o próprio funcionário pra cobrir, isso é repassado ao oficial administrativo que faz esse contato para cobrir, quando há falta de funcionário. Agora, quando há falta no horário, a gente cobre naquele momento. Conversa com quem tá no horário anterior, pra dobrar, então são condutas tomadas imediatas, um problema que não era previsto é tentado resolver da forma mais ágil, pra não prejudicar o trabalho, pelo próprio enfermeiro do setor.”*

### **Entrevista nº 7 – Terapeuta Ocupacional**

A entrevistada conta como se deu a construção de suas atribuições na Pediatria no momento de implantação do Hospital, discorrendo que houve uma conciliação entre o que havia sido demandado e o que o perfil das duas profissionais da Unidade podia oferecer. Elas participaram diretamente do processo de definição do seu papel. *“O que a pediatria naquele momento demandava e tem o que a gente sabia que podia oferecer, e a Unidade não sabia que era do terapeuta ocupacional, a partir de então, nós montamos a nossa rotina que teve o aval do Colegiado da Unidade, nós falamos do nosso perfil, dentro do que a gente tinha entendido que era a demanda...”*

### **Entrevista nº 8 – Assistente Social**

Abordando a mesma questão anterior, ela diz: *“Desde o início eu mesma organizei as estratégias. Os casos prioritários, quais os tipos de caso, isso estava discutido, de alguma forma com a equipe e com a gerência. Em dezembro eu concluí um protocolo onde está claramente identificado quais são as demandas prioritárias, e está descrita a forma de se fazer isso e alguns projetos também anexos.”* Cita também, como já o fizeram outros profissionais de nível superior, que: *“No início, a gente teve um pouco de impasse porque existia uma demanda pra que a gente discutisse as normas do hospital com os acompanhantes, que a gente conseguisse fazer um trabalho pedagógico com relação a essas normas. Isso é uma demanda importante mas nunca foi prioridade pra minha concepção.”* Houve mais uma vez uma tensão entre o que a gerência considerava prioritário e a concepção da assistente social sobre seu papel profissional, principalmente no que se refere à demanda da gerência por uma abordagem normativa com o acompanhante. Para sair do impasse houve um processo de negociação, uma ação comunicativa com mediação do colegiado gestor, que levou a um bom andamento do trabalho na Unidade. *“Eu acho que o trabalho prioritário são os encaminhamentos demandados pelas altas hospitalares e as intervenções que a gente tem de fazer durante a internação do paciente. Então, a discussão dessa prioridade era polêmica no início, na forma de planejamento que eu queria fazer, depois a gente conseguiu conciliar um pouco e consegui definir que a prioridade não era o acompanhante enquanto aprendiz de uma norma do hospital, mas o acompanhante com seus problemas sociais mesmo que estão interferindo na internação do paciente.”*

Ao se referir à proposta das equipes para um número de leitos, questiona o papel do enfermeiro que atua, muitas vezes, como um intermediário entre o técnico e o médico, ou entre o técnico e outros profissionais: *as informações atrasam para chegar até a gente, é feito via enfermeiro, por mais que eles façam contato rápido com a gente, há sempre um cuidado, um respeito, acho que isso atrasa um pouco, não sei se poderia ser diferente, não seria nem desconsiderar a figura do enfermeiro mas de incluí-lo de outra forma, a gente criar um fluxo um pouco mais aberto.*” Continua seu raciocínio colocando a questão da hierarquia rígida que ainda prevalece na enfermagem e o pequeno grau de autonomia dos técnicos de enfermagem, mesmo para cumprir tarefas delegadas pelo médico ou outras que contribuiriam muito para o um bom desenvolvimento do plano terapêutico. Ao elaborar melhor o problema, ela diz: *“eu vejo que, na questão do médico, a gente observa aqui no dia-a-dia, o médico passando determinadas atribuições para os técnicos, há também um certo conflito, porque tem determinadas coisas que dependem da autorização do enfermeiro e o enfermeiro faz a defesa do técnico, com certeza, ele está nesse espaço também pra defender o que é direito e o que não é, mas eu vejo que algumas coisas acabam sendo atravessadas em função disso.* Ainda sobre este ponto ela tem uma percepção de que o técnico tem um conhecimento ampliado *“sobre o universo social do usuário”*, porém, ele fica inibido ou demora para falar o que sabe. O pequeno acúmulo de poder do técnico de enfermagem, funcionando como um redutor do desejo de participação, já que estes trabalhadores não se sentem com liberdade e capacidade para interferir no andamento do tratamento, eles também não buscam ou não se sentem em condições de conquistar uma ampliação do seu espaço: *“Já que não é atribuído um nível de poder, então não há um nível de desejo de informar, de correr atrás, de discutir, de falar o que ele acha também do caso, eu vejo que é rico, e tem coisas que eles sabem muito sobre o universo social, por exemplo, que me ajuda e eles ficam inibidos de falar, uma informação que, para nossa concepção, é importante, então essas coisas elas não saem tão tranquilas.”*

### **Entrevista nº 9 – Gerente – Médica Pediatra**

Voltando ao aspecto da inserção dos profissionais não médicos na Unidade, a entrevistada analisa os diferentes perfis profissionais e observa a existência de posturas mais ativas ou mais passivas nas maneiras de se inserirem na assistência. Na sua percepção,

observa que: *“mais freqüentemente aqui, são os profissionais médicos indo atrás dos não médicos, pra chamar para o caso, é o que eu vejo mais freqüentemente. Não sei se pela carga horária que é pequena, realmente você ficar 4 horas diárias numa Unidade com uma complexidade grande, dependendo do profissional... A Assistente social, por exemplo, a gente tem dúvida se 8h por dia, não dá conta realmente de ir atrás de caso ... é uma profissional que vai atrás é um perfil que vai atrás, a gente já tem profissional aqui que não vai atrás, então ele se insere, depende muito de como é o trabalho dele individual e se ele é ou não é acionado e isso a gente não conseguiu gerenciar, já falei de busca ativa, de ir atrás do paciente; por exemplo, com o fisioterapeuta eu coloquei que, quando aqui estivesse muito tranqüilo, era pra ir pra Neonatologia pra poder então olhar se tinha algum menino entubado, mas como cobrar isso, é na produtividade? Todo dia você tem que falar?”*

A autonomia da categoria médica é claramente explicitada quando se discute a participação do gerenciamento na discussão de casos clínicos. No caso dos médicos, esta participação só se dá se for solicitada por eles, quer dizer, o médico tem a prerrogativa de abrir ou não o espaço para o gerente, mesmo o gerente sendo médica pediatra. Vejamos o que diz a entrevistada: *“Tem médicos aqui que sempre discutem casos, tem outros que nunca perguntam, nunca discutem casos. Acho que também fica muito na dependência do profissional. A gente fica numa situação muito delicada porque você perguntar se o colega quer discutir... alguns você consegue fazer isso, com outros não, porque tem pessoas que acham que é uma interferência no processo dele de condução do caso, que é uma falta até de ética sua de tá querendo interferir no caso, então, isso eu sinto um pouco de dificuldade com alguns colegas, tem algumas enfermarias que é impossível você fazer isso até!”*

### **Síntese das Entrevistas do Tema 2.2: Autonomia**

No tema autonomia dos profissionais, destacamos alguns aspectos importantes.

Há uma disputa na definição das atribuições dos profissionais de nível superior não médicos. Por várias vezes isso aparece principalmente entre uma profissional e a gerência, no sentido de que eles consigam participar e, de certa forma, dar a linha condutora na organização da rotina e na definição das prioridades de atendimento. Isto nem sequer é

levantado como um problema para os médicos, nem pela própria categoria, nem pela gerência, pois parte-se do pressuposto de que esta é uma definição que já está dada e isto de certa forma é real.

A disputa travada pelos profissionais não médicos, a exemplo do explicitado numa entrevista, é por “marcação de território”, portanto, diz respeito não só à definição de seu papel na Unidade como um todo, mas também da possibilidade de acesso aos casos clínicos, ampliando assim seu espaço de atuação na unidade e no mercado de trabalho, pois, na maioria das vezes, para manter um fluxo regular de trabalho dependem do médico encaminhar os pacientes.

O Colegiado gestor, no início do funcionamento da unidade, parece ter se constituído enquanto um espaço coletivo importante na mediação dos conflitos entre gerência e profissionais na definição das atribuições, as quais acabaram por se definir mais na direção do que cada categoria defendia. De qualquer forma, percebe-se que permanece um certo mal estar em algumas relações, principalmente por não existir, no hospital como um todo, mecanismos gerenciais que permitam a comparação entre a atuação destes profissionais nas diferentes unidades, levando a uma falta de parâmetros, principalmente quantitativos, que possam servir de base para uma avaliação.

Há que se ressaltar também a dimensão diferenciada de autonomia dos profissionais de nível médio (no caso os técnicos de enfermagem), os quais não lutam por um reconhecimento de um saber técnico específico, pois nem chegam a detê-lo, mas a defesa da importância do seu papel. Esta defesa aparece na fala dos profissionais de nível superior não médicos, quando reforçam a importância das informações que os técnicos detêm sobre o cotidiano dos pacientes e acompanhantes. Até para repassar esse tipo de informação não se sentem autorizados, vendo-se na obrigação de ter o enfermeiro como intermediário na comunicação entre ele e os outros profissionais e, principalmente, o médico.

A respeito da categoria médica, o constatado é aquilo que já é amplamente conhecido, ou seja, o profissional médico tem o mais elevado grau de autonomia na equipe. Exemplo disto é a fala da gerência quando afirma que só discute caso se for chamada pelo

médico responsável pela criança; caso contrário poderia estar incorrendo em falta de ética. Isto reforça a tese já defendida em outros trabalhos sobre gestão hospitalar, os quais apontam que o poder administrativo dentro de um hospital não consegue ser o principal definidor da gestão institucional, mesmo este agente administrativo sendo um médico.

### **Tema nº 3 - Gestão**

#### **Entrevista nº 1 – Médica Pediatra**

Foi perguntado sobre a participação ou influência da gerente da Unidade sobre a condução do caso. A entrevistada diz que, neste caso, a gerente não participou e atribui esta não participação à liberdade que o Hospital dá aos profissionais nas decisões sobre o caso: *“Então, se fosse um hospital muito restritivo, com certeza isso daí teria sido alguma coisa bloqueada, principalmente a “desospe” (desospitalização), porque poderia ser falado, isso é problema de Unidade Básica e não de hospital, então esta liberdade de ter isso é muito importante.”*

Analisando os possíveis avanços obtidos com relação à proposta inicial de vínculo da equipe por um determinado número de leitos, avalia que houve ganhos nestes cinco anos de funcionamento do Hospital. Enfatiza que no momento atual a Pediatria vem passando por várias mudanças político-institucionais, e que existe uma certa incerteza quanto à continuidade do projeto: *“no momento a gente tá numa fase de trocas de equipe, de mudanças, de colegas nossos passando pra plantão, outros de plantão passando pra diaristas, nesse mês de fevereiro, acredito que até o mês de março vai haver algumas mudanças no sentido de mudanças do profissional, mas eu acredito que deva se manter isso, principalmente porque a nossa gerente é uma pessoa muito empenhada de que a Pediatria tenha esse tipo de estrutura também.”*

A respeito da organização do seu trabalho no Hospital, relata o processo de constituição da equipe à época da inauguração, quando a maioria dos profissionais foi remanejada voluntariamente de outras Unidades da rede, após uma avaliação por meio de entrevista: *“Então, assim, existe uma norma já que, nesse período que o hospital tá funcionando, nós chegamos todo mundo assim muito solto, tinha muito tempo que a gente*

*não tinha prática de hospital, vínhamos de unidade de urgência, por exemplo, das UAI's ou das Unidades Básicas e aí a gente foi formando a equipe, nós nos conhecíamos pouco, nesse período foi havendo uma adaptação das rotinas, uma adaptação das condutas, inclusive da amizade entre os pediatras, até que a gente chegou a um consenso que hoje eu considero bom, não é o ideal ainda.”*

Especificamente sobre sua rotina de trabalho, diz: *“Então, a minha rotina é assim: eu chego de manhã cedo, antes de eu começar qualquer coisa, eu dou uma passada geral pra ver como que as crianças passaram a noite, se tem alguma que exige uma atenção imediata ou não; independente de ter sido da evolução do dia anterior, vejo com as enfermeiras se teve alguma anormalidade em relação a alguma criança pra depois eu planejar; então, eu sou muito metódica em determinadas coisas, eu faço uma planilha das crianças que eu tenho, pego os dados vitais dela antes de eu examinar a criança.”*

### **Entrevista nº 2 – Médica Pediatra do Programa de Desospitalização**

Nesta entrevista não há referências mais específicas sobre a gestão. Acreditamos que isto aconteceu porque as perguntas sobre o tema estavam direcionadas para o trabalho da internação, portanto não foram adequadas ao programa de desospitalização, o qual se caracteriza como uma assistência ambulatorial dentro do hospital

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

A respeito da participação da gerência da unidade na condução do caso, dia não se lembrar, mas em outros casos nota que há uma participação principalmente quando o caso necessita de recursos que estão sob controle de outros órgãos fora do Hospital: *“Acho que é na discussão com as alternativas de buscar algum apoio fora, de tentar soluções mesmo, para ver como sair de uma dificuldade de um caso que às vezes parece que tá sem solução ..., ela está por dentro do que tá acontecendo na pediatria. Então ela sabe que um paciente tá ficando muito tempo, que os próprios profissionais trocam idéia e trocam idéia com ela. De que forma a gente pode fazer, de que forma a gente pode conseguir, sei lá, ajuda de um outro serviço,é? Mas muitas vezes, quando chego a participar, a coisa já foi*

*conversada entre eles, quer dizer, ela já tá envolvida, mas o que eu percebo, é a pessoa estar questionando com ela: como é que a gente vai fazer? Ou dela chegar e perguntar: "tô achando que esse caso tá arrastado, o que vocês estão pensando? Já vi assim variado, mas alguns casos eu vejo que ela já está no processo e eu não sei de que forma que aconteceu: se foi alguém que chamou, mas ela tá sempre por dentro do que tá acontecendo."*

Ao perguntar sobre a organização de seu trabalho cotidiano no Hospital, sua fala confirma o relato da gerente. E ela diz que a gerência tem interesse que o trabalho “flua de alguma forma”, a qual, na opinião dela, não funciona, principalmente devido à carga horária diária (4 horas) ser insuficiente para atender à expectativa da gerência: *“ela, às vezes, tem interesse que flua de alguma forma o trabalho, que eu consigo perceber que não funciona; por exemplo, ela gostaria que eu atendesse cem por cento das pacientes da Pediatria. Só que não tem condições, não há hospital nenhum em que uma nutricionista atenda cem por cento trabalhando quatro horas, é impossível. Em relação ao Hospital das Clínicas, aqui eu atendo muito mais, no Hospital das Clínicas eles têm duas nutricionistas pra manhã e a tarde e tem um número de atendimentos menor que o meu, então, tenta impor, às vezes coisas que eu sei que no dia-a-dia não dá, porque é muita atividade ao mesmo tempo, é grupo, é “desospe”, são os pacientes as mães são muito preocupada, com as crianças; então a demanda delas também é muito grande, toda hora tem uma batendo na porta e pedindo uma orientação”*. Ela defende sua proposta de organização do trabalho com base em três argumentos principais: no que diz respeito a sua jornada diária de trabalho (4 horas diárias), o volume da demanda e à possibilidade de queda na qualidade da assistência

#### **Entrevista nº 4 – Técnico de Enfermagem**

Discorre sobre sua rotina diária na organização do processo de: *“Como proceder, é a enfermeira chefe que dá os toques, e como vai fazer, a rotina que eu tenho aqui, eu chego, pego todas as prescrições e tiro as medicações e passo a etiqueta nelas, aí, mais tarde... Eu passo as prescrições pro médico...O médico vai evoluir, então ele evoluiu e vai tirar as prescrições do dia, olho os dados e a questão da enfermagem, igual eu tô na parte da manhã, ajudo a dar banho, alguma coisa assim... Alguma necessidade, colhe o*

*sangue que o médico prescreveu... .Uma mudança em relação ao paciente, ele comunica verbalmente comigo, pelo menos tem sido assim e... Depois a gente olha os dados vitais da criança e vou passando a medicação conforme o horário, aí, mais tarde... Na hora que tá no finalzinho do plantão eu evoluo a criança, que eu relato tudo que aconteceu com ela durante o plantão.” Foi pedido para que falasse um pouco mais sobre o que quis dizer quando usou a expressão “a enfermeira dá uns toques”. A isto respondeu: “Ela me deu uma rotina, não que seja uma norma, porque especificamente, no meu caso, eu nunca tinha trabalhado em hospital, eu formei, mas eu achava que eu não ia trabalhar na enfermagem não, eu fiz o concurso e acabei passando e quando eu vim pra cá eu não sabia fazer, nem estágio no hospital eu tinha feito. Então eu fiz um treinamento com a enfermeira e ela foi me explicando passo a passo, como é a rotina, então tem coisa que até hoje eu sigo. O pessoal ainda fala. - “Uai até hoje você faz isso? - Eu falo: -” Faço porque foi assim que eu aprendi, assim que eu acho que é mais fácil e tá dando certo, então ela me ajudou bastante”. Neste caso, a orientação dada pela enfermeira é vista não como uma norma rígida a ser cumprida, mas orientações que ajudam na organização e qualidade no trabalho do técnico.*

Ao avaliar os avanços e as dificuldades encontradas na implantação do modelo inicialmente proposto, aponta os problemas relativos ao funcionamento da escala de trabalho: “*Eles falam, eu num entendia muito disso não, mas, uma vez, eu conversando com a gerente, ela me explicou tudo, o quê que seria essa verticalização e os benefícios que ela tava trazendo diretamente para o paciente e um obstáculo que a gente tem encontrado, na questão da enfermagem, é a questão do diarista. Ela tem que cobrir plantão final de semana e todo mês é feita uma escala, e geralmente as folgas...As folgas que a gente pede num tá batendo com a escala entendeu? É isso ta trazendo alguns obstáculos igual no meu caso...*” Para resolver este problema, sugere uma remuneração diferenciada para o diarista: “*Isso tem trazido obstáculos, eu tenho visto de pessoas até preferirem plantão a diarista, porque no plantão você vem um dia e folga dois, é bem mais tranquilo do que você vir todos os dias; então, o obstáculo é a remuneração do diarista, deveria ser maior porque você não tem como ter outro emprego trabalhando desse jeito. Se for à noite, você vai chegar aqui muito cansado, então eu acho que a remuneração, ela deveria ser um pouco melhor e isso incentivaria mais o diarista, porque diarista, hoje, tá difícil de conseguir,*

*porque os plantonistas todos são concursados, então é quem conseguir mesmo, quem lutou pra...*” Deixa claro que há um desejo da maioria em passar a trabalhar em regime de plantão, principalmente devido à necessidade de manter outro emprego, pois a grande maioria dos Hospitais, senão a totalidade, adota esta forma de cumprimento da jornada para técnicos e auxiliares. Este é o motivo principal pelo qual gostaria de passar a ser plantonista, embora reconheça que para o paciente o melhor é o acompanhamento diário.

### **Entrevista nº 5 – Técnico de Enfermagem**

É solicitado à entrevistada que fale da organização de seu trabalho na Unidade e a definição de rotinas a serem seguidas. Ela explica: “geralmente essas normas assim são passadas antes, agora várias coisas que às vezes que precisa, são no decorrer mesmo da... como que eu vou falar (risos), assim, por exemplo: - “Tem que trocar o equipo a cada três dias”; *isso já é falado antes, pra gente, entendeu? Principalmente quando você é novata*; - “*Tá usando essa rotina de trocar o equipo a cada três dias, já é rotina rotular as medicações assim que diluir*”; *então, são essas rotinas todas, são passadas quase no início mesmo.*”

Ao discorrer mais sobre a adoção de rotinas, de que forma são repassadas, ela dá um exemplo: “*Igual assim, por exemplo, que tem pouco tempo que começou, foi uma passagem de plantão por escrito, além da gente passar verbalmente deu uma folha separada, você põe o nome; a idade; o diagnóstico da criança; e nisso você faz a evolução por escrito e passa pra pessoa plantonista também, isso foi uma norma que há pouco tempo criaram*”. Perguntamos se ela sabia quem criou a norma e de que forma ficou sabendo: “*Ah! ... Isso veio da gerência. Explicou pra gente. Passou pras enfermeiras e as enfermeiras foram passando pra gente, disse que seria uma forma da gente tá conhecendo mais a criança, o diagnóstico de cada uma, que às vezes, nem sempre você olha, não sabe qual criança... Já saem assim do plantão sabendo quais; ficou uma forma mais fácil poder decorar, você saber mesmo o diagnóstico da criança, quanto tempo de internado, essas coisas todas. O tipo dessa norma...*”. Quanto a sua autonomia perante as normas da instituição, afirma: “*é que tem as normas, né? Mas não assim, naquela seqüência, primeiro você vai fazer isso, depois você vai fazer isso, tem aquelas coisas, mas não... A gente não segue aquela ordem certinha, tem as normas, mas eu faço da minha maneira.*”

No final da entrevista, ao ser dado espaço para falar o que considerasse importante, enfatizou também a questão da jornada de trabalho como diarista: *“Até assim, é legal você tá todo dia com a criança, você acompanha melhor o resultado pra ela, só que pra mim, eu já não tô achando que tá legal pra mim, já que não tem nada a ver com o que a gente tá falando, por causa do outro emprego que eu tenho, então eu tô achando muito cansativo, às vezes você tem que ficar... São muitos finais de semana trabalhando, você tá ali todo dia, você tá ali direto, então isso vai ficando cansativo, já tá ficando aquela coisa que você não tem tanto interesse, que quando você já vem descansada você trabalha melhor, você desenvolve mais, então você já deixa muita coisa por desejar ... No caso, pra mim, nesse papo seu, eu preferia se fosse todo mundo plantão.”*

#### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

A primeira referência feita pela entrevistada sobre uma possível atuação da gerência no caso, enfatizou que a equipe foi capaz de resolver todos os problemas que surgiram: *“...não houve nenhuma intervenção gerencial no caso dessa criança, porque não houve também nenhuma intercorrência durante o tempo que ela esteve aqui, nenhum problema com acompanhante, nenhuma dificuldade que a própria equipe não pudesse resolver, entre nós. Não havia necessidade de repassar pra gerente, uma vez que os acontecimentos no decorrer da internação dela eram resolvidos pela própria equipe. Então não houve necessidade dessa atuação direta, mas indiretamente ela tem o papel gerencial.”*

A respeito de seu papel profissional específico no caso, coloca eixos gerais relativos ao papel do enfermeiro, como a supervisão e acompanhamento dos técnicos nas intercorrências clínicas: *“A minha contribuição é supervisionar a equipe de enfermagem que estava prestando assistência à criança, estar mais próxima nos momentos de intercorrência, retirar as dúvidas dos técnicos com relação à conduta de enfermagem e estar atuando quando necessário no caso de intercorrência.”* Ainda sobre a organização do seu processo de trabalho no Hospital, afirma que este é organizado no geral pelo “corpo de enfermeiros da pediatria”, e, no que diz respeito à rotina diária: *“E o trabalho diário é planejado e organizado por mim mesmo, eu organizo e planejo o trabalho dos técnicos de enfermagem e supervisiono.”*

A parte da entrevista que diz respeito a esse tema é longa e detalhada, expressando a importância que o trabalho de planejamento e gestão ainda ocupa no trabalho dos enfermeiros. As principais decisões são tomadas em reuniões com a presença dos sete enfermeiros da Unidade, e posteriormente são referendadas pela gerência, a qual delega à categoria várias tarefas, como podemos observar a seguir: *“Todas as mudanças no corpo de enfermagem são discutidas por estes sete enfermeiros: remanejamento de profissional quando necessário, avaliação técnica, exoneração; do ponto de vista técnico, porque, do ponto de vista administrativo, é o gerente. Do ponto de vista técnico, quando necessário, remanejar para outro setor, de exonerar ou demitir, em caso de contrato, um técnico de enfermagem, essa decisão não é feita por uma única pessoa, mas é decidida em grupo e assinada pelos sete enfermeiros. Agora, quando, no plantão, o enfermeiro que tá é responsável, ele decide as questões necessárias, toma a conduta que tem que tomar; advertência não é feita verbal pelo enfermeiro, é feita pelo gerente, mas, desculpe, advertência por escrito que é feita pelo gerente, advertência verbal, quando necessário, também.”*

Uma característica importante do modelo de gestão do Hospital é o fato de ter sido pensado sem a figura das chefias por categoria profissional, não com o intuito de desvalorizar o papel das mesmas, mas sim entendendo que este tipo de modelo fragmenta a gestão criando entraves para que ela seja voltada para o trabalho em equipe. Isto não significa anular o enfermeiro como “responsável técnico”, exigência formal dos conselhos de classe. O enfermeiro está presente na Unidade durante as 24 horas de seu funcionamento, portanto, cada um é responsável técnico no seu horário de trabalho. Esta questão está claramente descrita na entrevista: *“Orientação, acompanhamento, é feito pelo enfermeiro do seu horário e a responsabilidade é do enfermeiro que tá naquele plantão. Ele responde pelo seu plantão no que diz respeito aos problemas que não são previstos e também ao planejamento que pode ser prévio, com relação à escala de enfermagem mensal, diária feita previamente; folga de funcionário é discutido com o próprio funcionário pra cobrir; isso é repassado ao oficial administrativo que faz esse contato para cobrir, quando há falta de funcionário, a gente cobre naquele momento, liga, resolve, conversa com quem tá no horário anterior, pra dobrar, então são condutas tomadas*

*imediatas, um problema que não era previsto e que é tentado resolver da forma mais ágil, pra não prejudicar o trabalho, pelo próprio enfermeiro do setor.”*

### **Entrevista nº 7 – Terapeuta Ocupacional**

Sobre a organização do trabalho no Hospital diz: *“logo no início do Hospital Público Regional de Betim, eu e a outra Terapeuta Ocupacional, montamos nosso padrão funcional, que fala quais são as nossas obrigações, esse padrão tem muito da demanda das unidades. O que a pediatria naquele momento demandava e tem o que a gente sabia que podia oferecer, e que a Unidade não sabia que era do terapeuta ocupacional, a partir de então, nós montamos a nossa rotina que teve o aval do Colegiado da Unidade. Nós falamos do nosso perfil, dentro do que tinha sido demandado formalmente e o Colegiado deu o ok dele. Então, a gente funciona como algo pensado na Unidade, com algo que a gente sabe que pode contribuir e dentro da rotina que a Unidade suporta”*. Aqui podemos observar uma articulação interessante entre a autonomia de uma categoria profissional, a gestão colegiada e a demanda da Unidade na definição de suas prioridades e rotinas de trabalho. A terapeuta ocupacional ainda discorre sobre algumas atividades das quais participa na Unidade e tarefas que devem ser obrigatoriamente cumpridas: *“Tem coisas que a gente tem que cumprir, então, por exemplo, na Pediatria a gente tem que fazer a brinquedoteca, eu, quando estava lá, tinha que fazer as reuniões da comissão de acolhida, eu tinha que estar trabalhando essas mães, a chegada delas, a assistente social, algumas, teve uma época que técnica de enfermagem, outras, e a gente tem que estar triando pacientes. O paciente com atraso no desenvolvimento, o paciente com desnutrição, mesmo que pode não tá apresentando naquele momento, porque está tão debilitado que você não sabe, mas que você tem que tá triando para logo que ele melhorar você começar a atuar com ele. Então tem funções que a gente tem que cumprir; a brinquedoteca, por exemplo.”*

### **Entrevista nº 8 – Assistente Social**

Ainda sobre a mesma questão da definição de seu processo de trabalho no Hospital. Podemos observar uma atitude de questionamento em relação à postura da gerência, a partir dessa situação e um processo de negociação até se chegar a um consenso sobre os eixos e atividades prioritários: *“Desde o início, eu mesma organizei as estratégias.*

*Os casos prioritários, quais os tipos de caso, isso estava discutido, de alguma forma com a equipe e com a gerência. Em dezembro eu concluí um protocolo onde está claramente identificado quais são as demandas prioritárias, e está descrita a forma de se fazer isso e alguns projetos também anexos. No início teve um pouco de impasse porque existia uma demanda pra que a gente discutisse as normas do hospital com os acompanhantes, que a gente conseguisse fazer um trabalho pedagógico com relação a essas normas. Isso é uma demanda importante, mas nunca foi prioridade pra minha concepção. Eu acho que o trabalho prioritário são os encaminhamentos com as altas hospitalares e as intervenções que a gente tem de fazer durante a internação do paciente. Então, a discussão dessa prioridade era polêmica no início, na forma de planejamento que eu queria fazer; depois a gente conseguiu conciliar um pouco e consegui definir que a prioridade não era o acompanhante enquanto aprendiz de uma norma do hospital, mas o acompanhante com seus problemas sociais mesmo que estão interferindo na internação do paciente.”*

Ao avaliar os avanços obtidos na Unidade de Pediatria, aponta obstáculos a serem superados, enfatizando ainda as diferenças no processo de implantação da proposta na Pediatria comparando com as outras Unidades do Hospital: *“olha, desde o início eu tive contato com isso porque nos lemos algumas coisas, desde o início eu participei do Colegiado da Pediatria, então nós tínhamos acesso a algumas informações e ao modelo proposto. Acho que na Pediatria nós fizemos algumas tentativas desse trabalho em equipe, acho que nós caminhamos um pouco e acho que nós esbarramos em vários obstáculos...eu tive a experiência de fazer cobertura de plantões no Pronto Socorro, de cobrir férias em outros setores do hospital, de trabalhar na hemodiálise, eu acho, não sei, se porque estou mais presente aqui na Pediatria, na clínica médica e na pediatria, na minha avaliação, foram as que avançaram um pouco mais nessa proposta. Acho que a hemodiálise de forma nenhuma caminhou para isso. No Pronto-Socorro menos, não sei se pela característica de ser um setor de emergência. Na cirurgia não há vínculo, não posso falar da Maternidade porque estive muito pouco tempo lá, não sei dizer ao certo se existe uma tentativa, se realmente conseguiram implantar uma proposta.”*

Sobre as possíveis falhas ou descontinuidade no projetos que possibilitavam o trabalho em equipe e sobre um processo que foi denominado pela entrevistada de “centralização”, faz uma avaliação na qual co-responsabiliza também o conjunto dos trabalhadores: *A gente não pode também estar responsabilizando o gerente por isso, acho que ficou mais cômodo para todo mundo essa centralização, e ela influenciou enormemente na centralização dos projetos, os projetos tinham os coordenadores, mas não sei se todos esperam ver a figura de alguém para cobrar isso, ou se a gente não criou o hábito de ser autônomo nos projetos, então eles deixaram de funcionar, não deixaram de ser importantes, são atuais ainda, precisam de acontecer, e as pessoas, não sei se houve um desestímulo, essa acomodação, o fato é que acho que todos nós somos responsáveis por isso.*”

Falando sobre o fim das corridas de leito, esta aparece mais uma vez como um dispositivo que “mexeu” de uma forma ou de outra com vários profissionais, demonstra uma certa dúvida ao tentar identificar os motivos do seu insucesso, mas acaba por centrar sua análise na falta de compromisso dos profissionais com a atividade: *“A corrida de leitos, em especial, tem várias opiniões, se você perguntar a um dos diaristas, pediatra, o porquê, com certeza ele vai apresentar outros motivos, acho que há uma série de respostas para isso. Eu não sei, eu fico querendo arriscar que nós não conseguimos consolidar uma rotina mesmo, com o compromisso de todo mundo, porque é fácil você estar responsabilizando alguém para isso, acho que algumas pessoas vão ter a facilidade de responsabilizar o gerente, eu acho que faltou um nível de compromisso nosso, e isso é ruim porque eu não sou médica, é difícil estar falando: isso é importante, mas eu acho que o Colegiado era um grupo heterogêneo de profissionais de vários anos, a gente podia ter sustentado isso. Então, eu acho que faltou um comprometimento mesmo da equipe. Se os diaristas consideram que é importante, tanto o diarista médico como o enfermeiro, os técnicos já ficam com menos peso pra isso, até por causa da autonomia que eu te falei, mas nós não sustentamos esse lugar, acho que faltou mesmo um compromisso nosso.”*

#### **Entrevista nº 9 - Gerente – Médica Pediatra**

Solicitamos que falasse inicialmente da organização do processo de trabalho na Unidade. Iniciou colocando as diretrizes ou eixos que orientaram todo o funcionamento da Pediatria: *“Bom, aqui, a Unidade, ela tá centrada em alguns pilares importantes, que foi a*

*proposta desde o início da abertura do hospital. Então, um pilar que é o da humanização, um pilar que é a gestão colegiada, e o outro é do acompanhamento horizontal do paciente.”* A seguir, explicou as tentativas que foram feitas para operacionalizar as equipes vinculadas aos leitos e às enfermarias: *“A gente tentou dividir a enfermaria, nós dividimos a enfermaria em sete equipes por leito, que a gente chama assim, que cada técnico então tá com um médico e a proposta era que se fizessem equipes por leito mesmo, que o médico sentasse com o técnico todo dia, repassasse aqueles sete pacientes, que seria mais importante dele então tá acompanhando é essa proposta, a gente não conseguiu implantar isso do médico tá todo dia sentando com o técnico, acho que por um lado teve essa parte ativa do médico que realmente faltou, realmente não é rotina em outros serviços, então acaba que o modelo é mais tradicional, eu acho, nesse ponto ele conseguiu engolir essa proposta nova de trabalho.* Continua sua fala abordando o problema do rodízio dos técnicos nas enfermarias e a necessidade de se promover adequações do perfil destes de acordo com mudanças ocorridas no perfil de atendimento do Hospital, como no caso da criação de uma enfermaria para atender a crianças com prolemas mais graves, denominada de semicrítico: *“Os técnicos, eles rodam de mês em mês pelas enfermarias, então todos passam no semicrítico, a enfermaria de crianças mais graves, pra poder até tá reciclando essa parte, eles rodam no sentido horário e pelas enfermarias..... a gente teve muita dificuldade de tá adequando o perfil dos técnicos quando a gente abriu o semicrítico, então nós tivemos que adequar mesmo o perfil, assim foi um processo trabalhoso.”* A Gerente fala também do desgaste próprio da função de gerenciar, em conseqüências de ter que tomar decisões que implicaram em mudanças na vida dos trabalhadores: *“a gente teve algumas exonerações e teve que pedir transferência de algumas pessoas, isso tudo é um desgaste e muito grande. Porque acaba que você tem que assumir esse desgaste de transferir as pessoas, pessoas de ótimo coração, pessoas boas, mas pessoas que não se adaptaram tecnicamente ao perfil de criança grave e a gente viu que não tinha jeito, então nós fizemos isso no ano de 99/2000, a gente “adequou” o perfil da unidade inteira dos técnicos pra mexer com crianças graves.”*

Ao descrever a composição de profissionais de nível superior não médicos, da Unidade, expressa uma preocupação com as mudanças da política de recursos humanos da atual administração, especificamente com o fim da extensão de jornada

(o profissional podia dobrar sua carga horária), trazendo uma desestabilização do quadro de trabalhadores que atuavam na pediatria desde a inauguração do Hospital: *“Atualmente, a gente tá com sérios problemas, porque, com o corte das extensões de jornada, por exemplo, nós acabamos com nossa terapia ocupacional, era toda em extensão de jornada. Acabou assim: a terapeuta tá vindo como hora extra, mas é hora extra ... é um profissional superinteressado, mas, como fica a continuidade do processo? A assistente social também pediu transferência para o PS, então a gente tá funcionando como esquema de hora extra, atualmente é isso que eu te falei, acho que tá um pouco desvirtuado, assim, do jeito que a gente começou e nossa proposta que a gente lutou até agora, então, basicamente, o processo de trabalho é esse, nós dividimos as equipes por leito, um médico responsável, o técnico responsável, o enfermeiro perpassando em todas.”*

A seguir, avaliou a inserção das enfermeiras na Unidade, no que se refere à proposição de que esta categoria estivesse mais diretamente na assistência e não só no papel administrativo e de supervisão. Para ela as enfermeiras estão bastante inseridas na assistência: *“Aqui, completamente, eu não conheço hospital que trabalhe com essa assistência, com enfermeiro tão assistencialista igual aqui na pediatria, isso eu falo com toda força da palavra, acho que a enfermagem é um show. O enfermeiro se inseriu completamente, o papel dele é eminentemente assistencial, uma coisa importante eu aprendi, o modelo não pode tirar do enfermeiro algumas funções básicas, tipo: a escala, ela tem que ficar nas mãos de enfermeiro; acho que o gerente, ele tem que, eu confiro a escala, eu converso sobre a escala com os enfermeiros, mas quem faz a escala são os enfermeiros, eu acho que isso é um ponto que o gerente, ele não pode se apoderar dessa função porque o enfermeiro, ele tem que manter a hierarquia com os técnicos. O enfermeiro é que é respeitado; se o enfermeiro acha que tecnicamente aquele profissional não é adequado para aquela função, ele tem razão.”* É interessante observar como a própria Unidade encontrou seu ponto de equilíbrio no exercício da gerência única, quer dizer, o fato de não ter uma chefia específica de enfermagem não quer dizer que haja uma deslegitimação do enfermeiro no papel de supervisionar e avaliar tecnicamente o desempenho dos auxiliares e dos técnicos. Ao contrário, é delegada aos enfermeiros uma atribuição que, pelas normas que regulam a profissão, já é deste profissional, não necessitando de um cargo no organograma para isto. A diferença é que a Gerência não se

desobriga de acompanhar este trabalho, e que não se institui a figura do chefe por categoria profissional, enfraquecendo, assim, a possibilidade de uma união apenas em torno dos interesses corporativos, deslocando o foco para o usuário e o modelo de assistência.

Sobre os instrumentos gerenciais que funcionaram ou não como facilitadores do trabalho em equipe, ela ressalta a importância da gestão participativa, embora reconheça ser uma prática difícil de ser implantada, constatando a grande diferença em relação ao que acontece na maioria dos hospitais e também por exigir um exercício de aprendizado da democracia, onde os limites não estão preestabelecidos: *“o próprio Colegiado da unidade, como ele vinha atuando, são pessoas que ficaram desde o início, então eu acho que com o tempo isso foi ficando claro, como que eles mesmos souberam, a gente foi colocando os limites e ficou claro com o tempo. Então eu acho que gestão colegiada foi um facilitador de implantar, de segurar a horizontalidade, a humanização, eu acho que o Colegiado foi importante.”*

Dois outros dispositivos são colocados também como facilitadores: o que foi denominado de reuniões com equipes estratégicas, com grande investimento feito na equipe de enfermagem e na conquista de aliados para as propostas. *“Outra coisa que a gente viu como importante são as reuniões com as equipes estratégicas. Assim, a gente não fez reuniões com a equipe toda, até é uma coisa que eu acho que realmente às vezes falta, isso eu acho que as pessoas às vezes sentem falta de uma reunião, assim geral. O que a gente avaliou é que essas reuniões, elas tem que ser muito direcionadas, senão vira uma lamentação. O que a gente fez foi reunir com equipes estratégicas. Teve uma época, a gente tinha reunião com enfermeiro, de 2 em 2 meses ou de mês em mês, então a gente sentava e discutia, o que nós queremos, qual é a cara que a gente quer dar pra unidade, como é que tá a enfermagem, que a gente deve implantar de educação continuada ... A gente fez algumas reuniões também com a equipe médica, com problemas específicos; o que a gente pode perceber é, reuniões gerais, elas se perdem um pouco, eu acho que são importantes, elas tem que ter, mas se perdem um pouco eu acho que essas reuniões específicas foram importantes. Outra coisa que eu acho importante é você ter facilitadores, é você conseguir aliados pro projeto, trabalhadores que gostam e que acham o projeto interessante e que são então divulgadores com os outros profissionais, então isso é um*

*grande gancho, não dá pra você gerenciar uma unidade sozinho...” Há um reconhecimento da lacuna que pode ter havido pela falta de reuniões gerais, aberta a todos os trabalhadores, porém, há um reconhecimento da dificuldade que é conduzir estas reuniões por haver grande chance da pauta se desviar do assunto principal e cair apenas nas queixas e reclamações.*

Como não houve nenhuma referência ao prontuário único como facilitador do trabalho em equipe, foi pedido que a gerente se manifestasse a respeito. Sua impressão é de que ele é um instrumento importante mas que se mostrou insuficiente para os técnicos de enfermagem deterem um bom conhecimento dos seus pacientes. *“È, o prontuário único, como foi desde o início, engraçado, você não vê a mudança assim, acho que foi uma coisa importante, acho que foi uma coisa essencial, mas é engraçado... O que a gente percebeu no início, eu começava a fazer sabatina com os técnicos pra saber se eles sabiam qual era a doença, pra ver assim, qual é o real valor do prontuário único, sem dúvida é um valor, porque tem as folhinhas em separado, o técnico nem sabia que o médico tá escrevendo, o médico nem sabe se a gente realmente a maioria das vezes não lê, e no prontuário não, assim é muito mais fácil, porque, na verdade, como é um prontuário só, você tá com ele na mão, então é muito mais fácil você ler. Mas eu acho que isso foi coisa importante, porque aí até foram palavras dos técnicos: “Olha, agora eu tô guardando mais o que que meus pacientes têm, né? Então o que eu pude perceber, que o prontuário único, ele te possibilita ver, é lógico, fica mais fácil vê o que que o outro tá escrevendo, mas nem sempre ele faz com que o técnico, saiba que doença que o menino tem.. Eu percebi foi que a gente teve que criar um outro mecanismo para poder então os técnicos estarem todos cientes do que é que o paciente tem.”*

Na sua fala, fica claro que a existência de um único instrumento não garante a interação entre os profissionais nem o conhecimento do caso, ou seja, o instrumento não substitui as relações interpessoais que se utilizam das comunicações verbais: *“Nada que a gente vê vai substituir essa relação técnico-médico, do médico estar sentado, dos dois estarem sentados e em conjunto traçarem esse plano aí terapêutico, nada substitui isso, na verdade isso é um mecanismo, o prontuário único é um mecanismo pra que isso aconteça esse indicador que a gente criou.”*

Na sua opinião, o principal dificultador da implantação do modelo foi o processo bastante desigual que aconteceu entre as várias Unidades do Hospital, denotando uma falha nos mecanismos de acompanhamento e cobrança por parte da Diretoria Geral, ou mesmo um baixo grau de importância atribuído a algumas propostas relacionadas ao modelo de gestão. Para ela, *“não adianta uma unidade estar ferrenhamente querendo implantar o modelo na integridade dele, o hospital tem que tá imbuído dessa idéia. A gente, desde que começou, nós somos a unidade diferente, de maneira diferente de trabalhar, e níveis diferentes de implantação de modelo de gerenciamento. Há unidades que implantaram desde o início a gestão colegiada, unidades que nunca implantaram e unidades que implantaram depois de dois anos de funcionamento do hospital. Então isso faz com que a cobrança da direção do hospital, ela seja uma cobrança igual pra unidades que são diferentes. Tem unidades que estão muito à frente, eu vejo a Pediatria como uma unidade que implantou totalmente o modelo de gestão, mas na verdade, ficou uma unidade isolada em alguns momentos do hospital ...”* Enfatiza que este modelo não pode ficar na cabeça de algumas pessoas, questiona até que ponto um gerente pode decidir se vai ou não implantar uma determinada diretriz, afirma o papel da Diretoria como a condutora do processo e, ao mesmo tempo, conclui que este papel não foi cumprido: *“eu acho que esse modelo de gestão, ele não pode ficar nas mãos ou na cabeça de pessoas. Assim, o gerente não pode resolver fazer de um jeito e fazer, daí acho que um grande papel da diretoria, a diretoria, ela tem que ser a condutora dessa implantação, da manutenção desse projeto, então, assim... a gente passou momentos no hospital de facilitação de umas unidades em detrimento de outras, e isso não combina com esse modelo gerencial. Assim .... não são pessoas, o gerente é um mero reproduzidor de uma idéia que deve ser da Secretaria de Saúde e da direção do Hospital. Ele é uma figura importante, mas ele não pode fazer coisas que desvirtuem as diretrizes da Secretaria de Saúde e a direção do Hospital e eu acho que nesse caminho todo, como não conseguiu um indicador da Diretoria que pudesse tá cobrando os resultados com os gerentes, eu acho que os indicadores propostos e aceitos, até hoje, a gente não conseguiu esse feed-back, na verdade, como gerente, eu nunca senti o feed-back de gerenciamento.”* Este é um tema que teve um grande destaque na entrevista, e que às vezes foi expressado de forma contraditória, porque, ao mesmo tempo em que coloca a Pediatria num papel de destaque reconhecido pelas várias direções, também diz

que isto deixou a Unidade numa situação de isolamento e de expectativa de um reconhecimento que difere de um elogio, de algo que não foi claramente expressado, mas que é da ordem de uma avaliação institucional. Este isolamento se dá principalmente ao se tentar manter formas de organização do trabalho, como, por exemplo, o técnico diarista, as quais as outras Unidades vão abandonando gradativamente ... *“Porque eu posso arrumar outro emprego, porque é menos desgastante eu vir aqui todo dia; não tá pensando se é melhor para o paciente, assistência horizontal. Pessoas que participaram do Colegiado muito tempo, isso os próprios enfermeiros até há pouco tempo atrás me chamaram, a gente fez uma reunião e eles já tavam propondo a escala, de deixar cinco diaristas, cada um com o médico e passar o resto tudo pra plantão e aí que eu tava conversando: gente não adianta, se eu tenho essa idéia sozinha, se os enfermeiros não se convencem disso e não ajudarem nisso, não adianta, acho que a pressão do Hospital é muito grande, porque... ainda mais os técnicos, eles convivem muito entre eles, então eu acho que um grande dificultador... Acho que é um grande dificultador o Hospital não ser uniforme e nunca foi uniforme, as unidades não são uniformes, nunca foram, isso foi um dificultador grande do processo, porque a pediatria sempre foi muito elogiada por todas as Diretorias que passavam, sempre foi citada em várias coisas que ia se fazer, a Pediatria era citada, mas eu acho que faltou talvez, assim... um reconhecimento para os funcionários, para a Unidade, “olha, isso que você estão fazendo é certo. Porque agora os funcionários vêem: a Clínica Médica passou para plantão, a cirurgia passou para plantão. Por que que o pobre funcionário da Pediatria não vai passar para plantão, qual que é a importância, por que aqui tem que ser diarista? E não tem jeito, o que a gente vê é que, na verdade, o lado pessoal dos funcionários, ele ultrapassou o pensamento mais filosófico”* Vemos aqui que a falta de uniformidade é colocada como um problema e, a nosso ver, não o seria necessariamente se isto significasse diferentes graus de implantação em respeito às diferenças (do objeto de trabalho, das características do processo de trabalho e do nível das discussões com os trabalhadores), mas na entrevista está colocado como um resultado da falta de direcionamento da gestão na implantação das diretrizes pensadas quando da inauguração do Hospital. Chama a atenção o fato de o Colegiado Gestor do Hospital, que era composto por todos os gerentes de Unidade e a diretoria geral, não ter sido citado como um espaço democrático no qual este tema pudesse ter sido objeto das discussões.

Ao ser perguntado sobre a inserção dos profissionais de nível superior não médicos no trabalho com o paciente, ela relaciona a dificuldade de gerenciamento desses profissionais com o fato de só contar com uma pessoa de cada categoria: *“eu tive uma certa dificuldade: como gerenciar uma categoria que na unidade tem um profissional só? Eu não sei a resposta, realmente não sei como se gerencia um Psicólogo, um Assistente Social, um Terapeuta Ocupacional numa Unidade. O que a gente pode perceber é que: toda vez, por exemplo, Terapeuta Ocupacional, quando vem o segundo profissional a gente conseguiu dar muitos passos pra frente, a gente cresceu muito quando veio o segundo profissional, então isso aí a gente pode perceber, porque as categorias, elas ficam muito na dependência de como as pessoas trabalham, individuais, então isso sempre me incomodou.”* Comparando esta fala e a fala de alguns profissionais, percebe-se que há uma certa tensão sobre quem e como definir a forma de trabalhar. Como a Gerente colocou, o fato de se ter apenas um de cada categoria na Unidade, dificulta uma construção coletiva do papel, fica uma discussão entre cada um dos profissionais e a gerência. Deve-se considerar também o desconhecimento de que a maioria dos trabalhadores possui em relação ao **obhrto** de trabalho de algumas profissões, até pelo fato de que estas ainda não têm uma legitimidade profissional sólida na sociedade, portanto, mais do que um problema de falta de clareza nas atribuições, é uma luta por conquista de espaço e legitimação da profissão. A gerente coloca a tentativa da construção de um perfil para estes profissionais no Colegiado da Unidade, porém ela mesma reconhece que é complicado exigir um determinado perfil quando só existe um profissional, com determinadas características, lotado na Unidade: *“Aí, no Colegiado, em 1999, nós começamos a fazer o perfil e em 2000 a gente trabalhou muito nisso, qual que era o perfil de profissional que a Pediatria tava exigindo, eu acho muito interessante, assim ... foi uma coisa que os membros do Colegiado participavam muito. A gente começou a escrever qual seria esse perfil, então a gente imaginou de fazer um perfil e depois discutir com o profissional em questão, tem perfil que não tava batendo com o perfil de profissional que tava aqui dentro, mas aí a gente viu que tava sendo muito complicado, isso assim ... a gente fazer esse perfil, não batendo, e aí? Tinha que ir embora daqui? Por exemplo, o perfil que o Colegiado tava entendendo, então, até hoje eu não sei te falar assim, como que gerencia. Depende .... eu acho que da inserção desse profissional*

*... fica muito dependente da individualidade da pessoa, de como a pessoa se comporta, o que eu não acho certo ...”*

Pedimos a ela que relatasse o processo de constituição do Colegiado da Unidade: *“A gente fez uma carta no início pra todos os funcionários, explicando o que era o Colegiado e para que ele ia ser criado e as pessoas que tinham interesse em participar, então, que escreveram na carta e devolveram. O nosso Colegiado, desde 96, ele foi implantado e começou com 10 membros, ao longo do tempo passou para 12, depois voltou para 10 membros de novo; a gente teve duas eleições e na segunda eleição, algumas entraram e a grande maioria quis continuar e foi avaliado como positivo isso, das pessoas quererem continuar. A gente tinha terapia ocupacional, assistente social, médico, técnico, agente de higienização e enfermeiro, todos participando do Colegiado”.*

A respeito do papel do Colegiado na Unidade, enfatiza que foi um ator na implantação do modelo assistencial: *“Na verdade, aqui na Pediatria, o Colegiado, ele foi co-participante em todas as macrodecisões, em todas, é lógico que você coordenar um Colegiado, depende muito de como você coloca as decisões, na verdade eu nunca tive aqui o Colegiado contra o que a gente tava pensando, porque a gente quis implantar foi modelo que foi proposta de gestão, de gestão colegiada, de humanização, de prontuário único, isso que a gente sempre bateu nesta tecla.”*

### **Síntese das Entrevistas do Tema 3: Gestão**

Ao perguntarmos sobre a participação da gerência na condução do caso clínico específico, todos são unânimes em dizer que não houve esta participação. Isto é atribuído ao grau de autonomia e capacidade da equipe na resolução dos problemas que se apresentaram. A própria gerente diz que algumas vezes é solicitada para discutir casos, todavia isto se dá mais na qualidade de médica pediatra do que no papel de gerente. Um entrevistado afirma que ela é solicitada a intervir quando existe a necessidade de garantia de algum recurso que não está sob o controle do hospital.

Quanto ao processo de definição das atribuições dos profissionais na Unidade, nota-se uma tensão entre os profissionais de nível superior não médicos e o gerenciamento. Alguns entrevistados dizem que a gerência tentou impor uma lógica, uma rotina de trabalho com a qual o profissional não concordava. Nestes casos, o Colegiado Gestor da unidade se constituiu como um importante espaço de mediação das negociações entre gerente e trabalhadores. A gerente revela que o Colegiado da Unidade traçou um perfil para estes profissionais, e este perfil serviu de base para a definição do papel e atribuições.

Com relação aos médicos é feita uma referência ao momento inicial de implantação da Unidade, quando se construíram para os médicos, protocolos de atendimento tentando padronizar algumas condutas. Fica claro, como era de se esperar, que os médicos tiveram total autonomia para tomar essas decisões.

A Gerente coloca sua dificuldade em gerenciar os profissionais não médicos, argumentando que devido à Unidade contar, geralmente, com apenas um profissional de cada categoria, se torna difícil estabelecer parâmetros de avaliação. Nota-se então uma divergência identificada principalmente na definição da clientela a ser atendida. Eles procuram direcionar a captação dos casos para seu núcleo específico de atuação, enquanto a gerência defende uma atuação mais universal sobre os pacientes internados.

Aparece também uma dificuldade relativa ao número de profissionais lotados na Unidade, a maioria com apenas 4 horas diárias, contrastando com a demanda de atendimento. Isto fica claro, por exemplo na fala da nutricionista, que além de atender às crianças internadas com problemas nutricionais, também é responsável pelo acompanhamento e supervisão do lactário, além de prestar atendimento no programa de desospitalização.

Os técnicos de enfermagem, na definição de sua rotina de trabalho, afirmam que possuem liberdade de decisão no que diz respeito à forma de cumprimento das rotinas definidas pelos enfermeiros. Ou seja, o que é para ser feito já está decidido, a seqüência na qual as tarefas serão executadas é de escolha deles. É interessante notar que estes trabalhadores, além das tarefas ligadas diretamente aos pacientes, têm um zelo com a aparência e a organização da enfermaria, pois isto de uma certa forma expressa o resultado do seu trabalho.

Ao falar da sua jornada de trabalho como diaristas, os técnicos reconhecem que é uma boa forma de organização, tanto para a continuidade e qualidade do seu próprio trabalho, como e principalmente para o usuário. Porém se queixam da dificuldade em conseguir outro emprego devido à incompatibilidade de horário, o salário que não compensa a jornada diária, e um deles coloca a vontade de mudar para a jornada em regime de plantão.

Um outro aspecto avaliado foi a inserção dos enfermeiros na proposta do Hospital de maior implicação com a assistência direta ao paciente, diminuindo assim o tempo dedicado às tarefas administrativas. A avaliação da Gerente é que o resultado foi ótimo, o enfermeiro se inseriu completamente na assistência, sem perder com isso o seu papel na supervisão, acompanhamento, capacitação e avaliação dos técnicos e auxiliares.

A atividade denominada de “corrida de leito” aparece também nesse tema como um dispositivo importante da constituição do trabalho em equipe. Alguns entrevistados tentam explicar as razões que levaram ao término dessa atividade, acreditam que houve uma falta de compromisso da equipe, pois lembra que quando as “corridas” aconteciam era necessário lembrar aos trabalhadores para que eles comparecessem ao local. Como já comentamos no tema **trabalho em equipe**, este dispositivo poderia ter funcionado como um movimento instituinte no avanço do processo de interação dos trabalhadores e também uma possibilidade de indução de mudanças nas relações de poder. Entretanto, por representar um momento complexo no qual a tensão das relações estava claramente exposta, havia necessidade de planejamento e habilidade de coordenação do modo a levar em consideração toda a problemática aqui apresentada.

Ao analisar os aspectos que facilitaram a implantação do modelo assistencial proposto, foi colocado pela gerência dois pontos principais: o Colegiado Gestor como co-ator do processo, e a adesão de trabalhadores se constituindo como aliados do projeto. A respeito das dificuldades, aponta a grande diferença de condução do processo nas unidades do Hospital. Teria havido uma falha no papel da Diretoria Geral, a qual não criou mecanismos gerenciais de avaliação e cobrança do conjunto dos gerentes.

Para ela esta situação teria colocado a Pediatria em posição de isolamento, e isto aparece de modo um pouco ambíguo, pois ao mesmo tempo que diz que a Pediatria era elogiada por ter conseguido implantar todas as propostas assistenciais e do modelo de gestão, se ressentia da falta de reconhecimento para a unidade e os trabalhadores.

Outro ponto que teria colocado a Unidade em posição de vulnerabilidade foi o trabalho dos técnicos de enfermagem em jornada diária, a Clínica Médica, uma outra unidade que vinha mantendo esta forma de trabalho, já efetivou a mudança da jornada para plantonistas, desde abril de 2001.

Há uma afirmação muito importante sobre o gerenciamento do processo de trabalho no modelo assistencial em discussão. É a constatação de que é um modelo trabalhoso que precisa ser cuidado o tempo todo, ou seja, não basta implementar as propostas, se faz necessário um exercício cotidiano de criatividade na busca de instrumentos gerenciais capazes de dar sustentação à continuidade dos avanços alcançados.

#### **Tema 4 – Tecnologias de Organização da Assistência**

##### **Entrevista nº 1 – Médica Pediatra**

Diz respeito às suas impressões quanto à presença da acompanhante, no caso a mãe da criança, que, para entrevistada, mesmo sendo uma mãe “desligada”, sua presença no Hospital foi positiva para a criança, mesmo que o Hospital tenha exercido sobre ela um papel punitivo: *“é muito precoce a gente afirmar que o acompanhamento de uma mãe, mesmo “desligada”, entre aspas, seja ruim, porque de alguma forma essa mulher aprende, é muito positivo pra ela e pra criança, tanto ela cresce como mãe, como mulher, porque ela sente, ao mesmo tempo, que existe a cobrança, existe uma outra valorização, porque é colocado pra ela a postura como participante do tratamento, então ela é responsabilizada de uma forma positiva ... agora, quando a mãe está junto da criança, é uma mãe desligada, mesmo que haja uma atitude aparentemente punitiva pra ela, essa atitude acaba sendo educativa e torna-se lucro pra essa mãe, ainda que esse lucro a gente não vá ver nos primeiros tempos, mas algum dia, na vida dela, ela vai lembrar que houve uma intervenção em favor da criança. Então, acredito, assim, que, ao longo da vida, ela vai ter uma lembrança diferente na vida dela.”*

Ao falar sobre a organização do trabalho, mais especificamente sobre a responsabilização do médico por um número de usuários, ressalta a importância da relação de confiança “*eu acho que, quando a criança retorna para o mesmo médico, quando existe esse vínculo dela, é muito positivo, porque também cria um vínculo de confiança da criança e da mãe, então esse elo é fundamental. Tanto no desenvolvimento do tratamento quanto nos aspectos emocionais que a gente sabe que tem uma influência muito grande, né? Se você confia em alguém, fica mais fácil de você se abrir*”.

Com relação às falhas observadas pela entrevistada no atendimento, ela diz da necessidade de uma maior integração com a rede básica e coloca o problema da falta de agilidade para marcação de consultas nas Unidades Básicas: “*Eu acho que o que falta pra poder manter esse trabalho num nível muito bom é a integração da unidade básica, que eu acho que a unidade básica é muito falha. É falha no seguinte sentido: ela não cumpre uma demanda de atendimento que permita, assim, uma certa agilidade de retorno do paciente, esse compromisso. Por outro lado, a “desospe” cumpre pra gente esse papel mais imediato desses pacientes que são mais graves de estarem acompanhando até ser feito esse retorno pra lá*”.

Cita o programa de vigilância à saúde por meio do qual a Unidade Básica é informada haver um egresso do Hospital na sua área de abrangência, porém coloca em dúvida o real funcionamento: “*A gente tem um programa de vigilância da saúde da criança em que a gente faz, ou pelo menos deveria fazer, um preenchimento de papel em que é entregue pra secretária, através de malote vai para a Unidade Básica para agendar essa criança. Algumas vezes funciona, outras não funciona, então, por exemplo: no preenchimento de papel nem todos os pediatras preenchem esse papel pra Unidade Básica. Na minha opinião pessoal, eu acho quanto mais burocracia, mais difícil de encaminhar isso.*”

## **Entrevista nº 2 – Médica Pediatra do Programa de Desospitalização**

Inicia falando também da necessidade de uma melhor integração com a rede básica e da dificuldade de marcar a consulta para a criança que tem alta do Hospital. No caso em questão, coloca em dúvida se há de fato uma dificuldade de agendar a consulta ou

se o problema seria falta de empenho da mãe na procura do atendimento: *“O que precisa de melhorar com a gente, com a rede básica, por exemplo, a gente já viu que o menino já teve a alta do quadro agudo, resolveu, não teve complicação; o objetivo é tentar dar a alta antes pra gente ver aqui se tá indo tudo bem, até conseguir a vaga na rede básica e indo tudo direitinho. Isso, a gente vê que depende muito, por exemplo, igual no caso da mãe da I., a família, quando ela procura, ela consegue fácil, quando ela não consegue, talvez a família não esteja procurando, então a gente tinha que abrir um canal melhor pra essas famílias que não procuram, o que eu faço?”*

Foi perguntado a ela se ela havia feito algum contato por telefone com o médico de referência da criança na Unidade Básica. Ela respondeu: *“Não! O que a gente faz é, quando vê que a mãe informa que tá indo, que conseguiu a consulta no Posto, que já começou o acompanhamento, a gente libera daqui. Mas eu nunca conversei com pediatra específico; o que a gente fez é que a maioria dessas crianças que vêm para desospitalização, eles precisam, além do pediatra, de um especialista; ou um hematologista ou um endocrinologista, para o diabetes, e nesses casos a gente conversa pedindo a vaga direto no Divino Braga (Centro de Especialidades)... Tem os dias que eu marco os pacientes que são com algum problema hematológico, que, se eu tiver alguma dúvida, eu discuto com a hematologista do hospital e tenho um acesso excelente, mas com pediatra específico da rede básica nunca, isso eu acho que falta.”*

### **Entrevista nº 3 - Nutricionista**

A entrevistada fala da importância do programa de desospitalização para deixar o profissional mais tranquilo no momento da alta. Reconhece, também, como nas entrevistas anteriores, que existem falhas nesse processo: *“Eu acho que realmente essa “descolação” do hospital que tem que ser feita pra rede, até essa transferência não é feita como deveria, acho que tinha que articular melhor de alguma forma; já foi discutido como encaminhar, como fazer essa articulação de modo a não haver necessidade às vezes, de pedir pra esses pacientes voltarem, retornarem aqui pra ‘desospe’. Mas acho que foi tentada tanta coisa, acho que a assistente social, ela pode até falar melhor em relação a isso porque ela tá mais envolvida, né? Mas sei que foram feitos contatos com a rede, mas não sei se há descompromisso, talvez, é, os retornos, eu não sei falar como tá acontecendo*

isso fora...” Ela também confirma que não faz um contato direto com a rede básica, a não ser em situações muito específicas quando o usuário tem que fazer uma transição para um outro tipo de leite: *“Não tenho. Tenho, assim, por exemplo: um paciente vai ter uma transição de leite, então vou ligar para o médico e converso com ele: como é que tá a clínica desse paciente, eu tento ligar, sempre o telefone tá ocupado, às vezes eu mando pela mãe o bilhetinho, aí a mãe volta depois no retorno falando que o médico tentou ligar pra mim e não conseguiu me achar, não só o médico, assistente social”*.

*“Eu acho que deveria ter uma forma diferente de sair daqui, de tá encaminhando pra rede e a coisa fosse realmente concretizada, se de repente é muita gente, então às vezes vai atender esse paciente só daqui a um ou dois mês, se a agenda é cheia, eu não sei como que funciona direito lá...”*

#### **Entrevista nº 4 – Técnico de Enfermagem**

Sobre a presença do acompanhante na Pediatria, o entrevistado vê como positiva: *“Eu vejo de uma forma positiva, porque o acompanhante, ele ajuda a enfermagem, porque uma criança, geralmente que não tá com o acompanhante, acaba você gastando muito mais tempo com ela, então o acompanhante bem orientado, ele te ajuda muito. Te ajuda na questão de dar um banho, na questão de alimentar a criança, porque a criança ela tá acostumada com... geralmente com o acompanhante, então, geralmente com a enfermagem, ela não aceita a dieta, quando é uma criança maior, então isso tudo até pra recuperação da criança é bem melhor com acompanhante, porque ela também vai se sentir mais segura com alguém que ela já conhece do lado dela, então, a meu ver, o acompanhante é muito positivo.”*

Voltando ao tema da forma de cumprimento da jornada de trabalho, sua posição é que, para o paciente, o diarista é melhor: *“o diarista não, com certeza é bem melhor, o cuidado direto com o paciente é bem melhor, porque eu vejo isso, que eu sou diarista, quando eu folgo, eu acho a minha enfermaria uma bagunça, até eu gasto uma hora mais ou menos organizando tudo, igual paciente que entra novo, até eu explicar tudo, ver a rotina, porque eu acho que tem que orientar bem o paciente e o acompanhante, se ele já chega aqui e não foi muito bem orientado, aí ele já acha que pode fazer algumas coisas que não devem ser feitas no hospital.”*

### **Entrevista nº 5 – Técnico de Enfermagem**

A respeito da presença do acompanhante na Unidade, vê como essencial: *“eu acho que a presença do acompanhante, tanto pra mim, como assim por parte vista dos meus colegas, eu acho que é essencial. Porque, às vezes, a criança é muito apegada com a família, tá num ambiente estranho que não é do mundo dela, com pessoas diferentes do lado dela, então ela já fica mais irritada, mesmo com a presença da gente, não quer comer com a gente, quer comer com a mãe, então eu acho muito essencial a presença do acompanhante na pediatria. Nessa parte mais pro desenvolvimento da criança, às vezes, pra melhorar o estado dela, muitas vezes a mãe sai e pede a gente pra olhar, mas, quando você vai olhar, a criança não come, fica muito chorosa, muito irritada ...”*

Fala também de alguns acompanhantes que na sua opinião seria melhor que a criança ficasse sem eles, devido a comportamentos inadequados: *- Ô mãezinha, não pode ficar andando em outra enfermaria”, então acha ruim a gente falar o que é certo todo dia, às vezes tem reunião, ela sabe que não pode, elas fazem essas coisas que não podem ser feitas, então, certo tipo de acompanhante tem hora que às vezes é preferível a criança até ficar sozinha.”*

### **Entrevista nº 6 - Enfermeira**

A entrevistada discorre sobre o processo de trabalho da enfermagem e a forma como o enfermeiro e o técnico buscam um maior conhecimento sobre os casos e priorizam suas ações no decorrer do plantão: *“ Nós temos uma rotina sistematizada, sim , uma delas é a corrida de leito. Nós fazemos diariamente a corrida de leito em todas as crianças, quarenta e seis leitos, é uma corrida mais rápida onde a gente prioriza as maiores demandas, depois, se há alguma dúvida, a gente faz uma busca no prontuário dos casos mais importantes e também na prescrição médica, se tem alguma coisa que não foi feita pela equipe e que requer uma especificidade da enfermagem, que a gente acha que deve ser mais acompanhada de perto com o técnico, mesmo no que diz respeito às dúvidas deles, nós somos procurados no plantão inteiro, durante todo o tempo do plantão, solicitados pelo técnico de enfermagem para estar acompanhando, quando necessário, na assistência.”*

Fica claro aqui como se dá a presença da enfermeira na assistência: ela é direcionada pela gravidade dos casos e pela demanda feita pelos técnicos e auxiliares de enfermagem; é ao mesmo tempo supervisão e qualificação da assistência.

Sobre suas impressões quanto à presença do acompanhante, discorre sobre os aspectos positivos e negativos e também sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante na pediatria: *“A presença do acompanhante na Pediatria, por nós, tem pontos positivos e pontos negativos. Pontos positivos porque ela facilita e diminui o tempo de internação da criança, já comprovado, porque ajuda no que diz respeito à questão emocional e constitucional, porque na Pediatria, tem que ter esse acompanhante. Mas, do ponto de vista negativo, algumas demandas que dificultam a assistência, por não ter um local adequado pra eles lavarem as roupas íntimas, muitos ficam aqui vários dias, moram mais longe, têm dificuldade de retorno para casa, não tem com quem trocar, ficam muito cansados e por isso mais estressados, quanto mais estressados eles projetam esse stress na equipe e na própria criança e acaba nem facilitando a assistência, mas dificultando...”* *“Um outro ponto que é dificultador também é a forma com que os acompanhantes, por estarem estressados e cansados projetam esse stress todo na equipe, desgastando tanto a criança quanto o técnico, o médico e outro profissional que esteja acompanhando essa criança, criando, assim, um clima assim de animosidade, de desgaste emocional. Muitas vezes o enfermeiro ou o assistente social têm que intervir nas orientações com um certo pulso para que não haja desrespeito à equipe nem à criança.”*

Apesar da ênfase nos problemas, ela conclui dizendo da importância do acompanhante para a melhora da saúde da criança: *“Mas, do ponto de vista assim... é que as crianças ficam mais tranquilas com o acompanhante, ficam mais felizes, recuperam mais rápido. Eles também têm possibilidades de ver o que é feito, como é feito, que a conduta tá sendo tomada no momento certo e não terem uma margem de dúvida de pensar que não houve assistência adequada da equipe na hora que a criança necessitava, esse é um ponto positivo da mãe estar acompanhando de perto”.*

Ao analisar os avanços obtidos na forma de atendimento proposto inicialmente para o Hospital fala de algumas tentativas que foram implementadas inicialmente; entre elas, coloca a necessidade de volta à discussão de casos de maneira sistemática. Para ela,

um entrave que existe hoje é o número significativo de técnicos contratados, o que acarreta uma grande rotatividade, dificultando a continuidade do processo: *“A proposta inicial era muito bonita, inclusive. E nós percebemos que, inicialmente, tentou-se colocar em pratica de uma forma que fosse resolutive e, para que isso acontecesse, havia periodicamente as discussões de caso da equipe com o médico responsável daquela enfermaria, onde as dúvidas eram tiradas, onde eram apresentadas sugestões, e era uma discussão de caso sistemática, acontecia uma vez por semana na nossa Pediatria e era muito enriquecedora... Por exemplo, uma das coisas que dificultou foi um número grande de profissionais contratados, apesar de que, na Pediatria, na equipe de enfermagem, tem trinta por cento de técnicos que são contratados, são quarenta e um. Desses quarenta e um, treze são contratados... outra coisa que hoje tá dificultando essa proposta inicial, é que não estão ocorrendo mais sistematicamente as discussões de caso, então perde um pouco essa visão ampla do caso e até o interesse, porque, quando você discute, amplia seu interesse em saber mais daquela criança e apresentar mais sugestões.”*

#### **Entrevista nº 7 – Terapeuta Ocupacional**

Numa pergunta anterior da entrevista, a profissional fez uma colocação interessante sobre a demora que teve para perceber que a mãe da criança tinha dificuldades em desempenhar seu papel. Perguntamos, então, o que foi que permitiu esta mudança na sua visão sobre o caso? Ela diz que realizava uma reunião de acolhida com os acompanhantes e, por comparação, começou a sentir diferença nesta mãe. Além disso, houve comentários de outros acompanhantes e também da enfermagem, pois até então ela achava que ela era uma pessoa desnutrida, e por isso desvitalizada. Relata: *“Outros acompanhantes começaram a fazer comentários sobre essa mãe, e o pessoal da enfermagem, eu não me lembro quem especificamente, mas eu lembro que a idéia da mãe era ... aquela mãe apática. Começou a ter o comentário que ela ficava dentro do hospital mas fora do leito, então já que ela tinha tanta energia para andar de um lado para o outro no corredor, que havia algo no papel de mãe. Foram outros acompanhantes que fizeram comentário. A equipe de enfermagem falou assim: - “Eu já pedi pra essa mãe olhar o soro, ela não olhou”. E aí como eu participava da comissão de acolhida, isso era minha função, quando isso não funcionava, eles procuravam alguém da comissão de*

*acolhida, eu, a assistente social, pra gente falar com a mãe: a sua função é prestar cuidados, não de enfermagem, e informar a enfermagem sobre, por exemplo, a perda de veia. Então, a enfermagem começou a dizer que não era uma mãe que cabia no papel de mãe esperado na Pediatria.”*

Pode-se perceber aqui uma atitude prescritiva sobre “o papel esperado de mãe”, no entanto, não foi relatada nenhuma tentativa de abordar os motivos de seu comportamento diferente do padrão esperado, e sim um conjunto de normas e atitudes que eram repassadas para todos os acompanhantes e em seguida um julgamento do desempenho que se esperava dela na Pediatria.

Sobre a presença do acompanhante diz que os profissionais esperam sempre o acompanhante ideal: *“Eu vejo que os profissionais, eles acolheram bem o acompanhante, assim, na verdade, a idéia do acompanhante vem sempre com o acompanhante ideal, né? O acompanhante real ele dá um trabalho! é incrível porque tem colegas que trabalham em outros hospitais que falam assim: gente é o mesmo nível socioeconômico, mas culturalmente os acompanhantes têm um comportamento tão inapropriado! Um acompanhante inadequado vai ser suspenso e quando um é suspenso a criança pode ter outro acompanhante da família, aquela pessoa está suspensa e não o acompanhamento daquela criança, então dá trabalho, mas todo mundo sabe da importância para a tranqüilidade da criança ...”*

A respeito da condução de casos na Unidade, ela diz que quem conduz caso mesmo é o médico. Ela defende que o médico deve ser de fato o condutor do caso argumentando que ele toma as decisões mais importantes para garantir a vida física do paciente: *“Todo outro trabalho que a gente faz é na qualidade de vida, mas é o médico que conduz, e nós, outros profissionais que não médicos, a gente fica muito na expectativa, porque o médico sabe; - “Eu vou dar quinze dias de antibiótico, vou pedir o exame. E a gente, não. Depois que a gente vai percebendo essas rotinas - que são médicas; - não ele não fez nada porque ele precisa de tantos dias para ver se o antibiótico tá entrando em ação mesmo e, aí, quando a gente começa a conhecer e estuda para essa educação continuada – essa febre pode durar mesmo três dias - mesmo que a gente não vá fazer nada, continuar fazendo o trabalho da gente com mais tranqüilidade .”*

Voltando a falar do atendimento horizontal, considera como importantíssimo e avalia que: *“Foi cumprido, é uma das questões mais importantes da pediatria, até hoje é manter isso, porque percebe-se claramente que é vantajoso pro paciente e pro profissional você conhecer o paciente que você está olhando, é muito mais tranquilo a nível de stress mesmo do médico, da gente também, mas acredito do médico mais do que dos outros. Ter o acompanhamento horizontal da enfermagem é importantíssimo, pro médico e pra criança, então tem-se isto e pedir a Deus para que continue.* Esta última frase deve-se a uma preocupação com o atual momento político de mudança de governo na Prefeitura e, conseqüentemente, na direção da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital.

### **Entrevista nº 8 – Assistente Social**

Falando sobre o acompanhante, lembra que na pediatria isso é um direito e afirma sua posição de defesa deste direito. Em seguida, questiona se os outros profissionais assimilaram isto, constatando uma dificuldade por parte da maioria dos trabalhadores em administrar conflitos, conflito este situado principalmente na expectativa de que o acompanhante seja um cuidador: *“Eu vejo assim: mais que o direito do paciente da Pediatria é legítimo mesmo, a criança tem um universo desconhecido para ela e ela reage bem se tem alguém dela aqui próximo. Eu não sei se profissionais conseguiram ver isto com tanta clareza, talvez na Pediatria um tanto mais que nas outras unidades, eles têm uma dificuldade muito grande de trabalhar com o conflito, essa família que vem, ela não está ambientada com o ambiente hospitalar, com o universo de regras, com a linguagem da saúde, então isso gera conflitos”.* A entrevistada fala com clareza do choque de culturas incluindo que ocorre no espaço do Hospital, tanto no aspecto da linguagem quanto do comportamento. *“Administrar esses conflitos, os profissionais não têm muita clareza disso, que a gente vai vivendo um universo comum a isso, então eu não sei se eles assimilaram a idéia; na Pediatria, eu acredito que um pouco mais, porque existe uma grande demanda de estar fazendo o acompanhante ser o cuidador. O acompanhante não é um cuidador, ele pode vir a colaborar, sim, em algumas tarefas, mas ele é uma referência afetiva para a criança. A gente tem trabalhado e insistido nisso, a gente amadureceu um pouco do início do hospital pra hoje, mas acho que a gente tem que conversar mais sobre isso.”*

## **Entrevista nº 9 – Gerente – Médica Pediatra**

Com relação à organização do processo de trabalho com o objetivo de implantar o modelo proposto, destaca a importância da participação dos enfermeiros, tanto na organização da assistência, quanto no apoio ao projeto: *“assim, a equipe daqui é uma equipe de enfermeiros excelente; além do apoio, tanto no projeto quanto na assistência, quanto nos pensamentos, foi uma equipe que ajudou muito, acho que a cara da enfermaria é a cara do grupo de enfermagem. Eu tenho uma visão que não é médico que dá a cara, não é nenhum outro profissional. Acho que a cara que tem é do profissional de enfermagem, tanto técnico quanto enfermeiro, essa é minha visão de enfermaria. Acho que aqui, como a grande maioria dos técnicos nossos foi o primeiro emprego deles, saíram da escola e vieram pra cá, então eles chegaram crus, completamente, a gente treinou todos eles, mas acho que nisso teve uma importância muito grande do enfermeiro.”*

No aspecto da responsabilização sobre o paciente, diz que não houve nenhuma situação na qual o responsável não fosse o médico: *“Totalmente, é isso que a gente vê aqui, essa é uma verdade, não teve nenhum caso não, sempre o responsável é o médico. É lógico que tem casos que tem uma parte específica que é o assistente social que olha, ou a grande parte, por exemplo, se vai fazer uma desospitalização, que o menino vai usar oxigênio, o assistente social é que tá responsável muito pela desospitalização desse menino, então ele assume essa parte, ou então o menino, por exemplo, que tá sempre desnutrido grave, a nutricionista assume, não consegue comandar o caso, isso a gente vê que não, isso é o médico que comanda”*

Falando da relação do médico com o técnico na elaboração do plano terapêutico, diz que: *“não vê problema com essa relação, eu vejo que não tem essa coisa do plano terapêutico, uns fazem, outros não fazem, não há uma coisa uniforme, mas também falar que ninguém faz não é verdade, alguns fazem. Eu não vejo problema, o médico prescreve, eu vejo sempre repassando para o técnico quais são foram as mudanças do que ocorram naquela prescrição....”*

Quanto à sua visão sobre a presença do acompanhante e a receptividade dos profissionais, diz que têm posições diferentes entre eles e também verifica que há problemas no perfil dos acompanhantes e a importância de se estabelecer normas a serem cumpridas: *“O que eu percebo dos técnicos é que eles sabem da importância do acompanhante, mas acho que vêem o acompanhante muito como papel cuidador, ele tá aqui pra ser assistencial também, então ele tem que dar o banho, ele tem que dar o almoço, ele tem que ajudar a fazer a micro, isso é uma coisa que a gente não consegue tirar do técnico... A unidade inteira acha que isso é importante, algumas dificuldades com relação ao papel de cuidador e ao papel ali na socialização, no contato mais do psíquico, do afetivo. Eu acho que um grande problema é o perfil do acompanhante, que isso eu acho que a assistente social daqui conseguiu fazer bem de tá avaliando, porque não adianta a gente querer que o acompanhante seja aceito por ele só e puro e simplesmente, isso não é uma realidade, tem que ter normas, o Hospital tem normas e os acompanhantes têm de seguir certas normas. O papel do acompanhante depende: de uma portaria segura, de você ter segurança, você ter com quem contar se você tem que convidar uma pessoa a sair. Depende de uma estrutura do hospital pronta pra isso, cadeiras de dormir adequadas, horário de refeições adequados, inclusive, depende de como isso é passado para o acompanhante, as normas que aqui existem. “Tem alguns facilitadores e dificultadores que interferem aí nessa visão, então tem algumas coisas no hospital, que eu vejo que todos acham que é importante, mas todos tem problemas com os acompanhantes”.*

Vemos aqui novamente a divergência entre a expectativa e o comportamento real do acompanhante. A entrevista alerta também que esta presença requer toda uma infra-estrutura organizativa que envolve desde a portaria, alimentação, local para descanso, até esquemas mais gerais de segurança.

Finalmente, faz uma avaliação dos resultados obtidos em relação ao modelo assistencial proposto e reconhece que no momento está havendo uma desarticulação na proposta: *“a pediatria conseguiu implantar tudo que foi proposto pelo modelo, pelas diretrizes iniciais. Eu acho que a pediatria até foi além em algumas coisas, isso eu falo com a maior naturalidade porque trabalho em outros hospitais e a gente vê a grande diferença. eu acho que o compromisso com a humanização é uma coisa assim, você vê, é*

*constante, isso de manter a horizontalidade, o diarista médico e técnico, isso é fundamental, esse papel assistencialista do enfermeiro, acho que foi um grande ganho... várias coisas a gente conseguiu implantar e fazer, mas a falta de uniformidade fez com que a gente desse alguns passos pra trás. Então esse ano a gente tá sem projeto, o Colegiado não está se reunindo, nós chegamos num ponto que a gente tinha que ter uma injeção de ânimo e mesmo uma vontade política, atualmente a gente está tentando voltar coisas que a gente já tinha conquistado, acho que é mais difícil do que implantar. A pediatria chegou muito rápido, não sei se muito rápido, mas chegou muito antes das outras unidades no ponto até onde foi preconizado, mas, e daí? A gente precisava de um ponto pra frente, talvez aí o grande erro, nós não tivemos o ponto pra frente.”*

#### **Síntese das Entrevistas do Tema 4: Tecnologias de Organização da Assistência**

Todas as falas são unânimes em avaliar como satisfatório para os usuários o acompanhamento horizontal, ou seja, o mesmo médico e técnico de enfermagem acompanhando o paciente durante os dias úteis. Os motivos estão relacionados a uma melhor possibilidade de dar continuidade ao tratamento, podendo rever o plano terapêutico diante de cada modificação observada no quadro clínico.

O interessante é que alguns profissionais avaliam a organização do trabalho por intermédio das equipes responsáveis por um número de leitos, como algo bom também para eles, na medida em que o acompanhamento diário permite um conhecimento mais aprofundado do paciente e, conseqüentemente, as condutas podem ser decididas com mais segurança. Outro ponto interessante é a possibilidade de encontro entre os profissionais permitindo uma maior interação entre eles. Apesar de existir um obstáculo com relação aos diferentes horários, várias vezes citado nas entrevistas, devido ao fato de alguns profissionais terem sua jornada cumprida em turnos diferentes, sempre há a possibilidade de agendar um encontro para a discussão do caso.

Outro ponto já bastante abordado no tema “Trabalho em equipe”, e que voltou a aparecer aqui, é a corrida de leito e discussão de caso. Alguns profissionais, principalmente os não médicos, lamentam que esta prática tenha deixado de acontecer. Eles consideram ser

um dispositivo importante para um conhecimento mais integral sobre o usuário; mesmo tendo sido referido como um lugar onde as dificuldades em relação às diferenças de linguagem, poder e saber entre as categorias ficavam mais explícitas, há várias tentativas de explicação para a sua não continuidade e um desejo de que essa atividade volte a acontecer.

Pode-se dizer que a existência de diaristas nas unidades de internação não garante, por si só, as diretrizes tais como: o vínculo, a responsabilização e o trabalho em equipe, mas, sem dúvida, é uma precondição que facilita muito a construção destas práticas.

Quanto ao acompanhante, a maioria dos entrevistados se refere aos conflitos desencadeados pela sua presença, embora nenhum deles tenha se posicionado contra. É preciso reconhecer que é uma situação complexa a ser trabalhada, tanto no aspecto cultural trazido para dentro do espaço institucional por esta população, colocando em cheque as normas vigentes, como na discussão do se que chamou de “papel cuidador” ou de apoio afetivo ao paciente.

Na pediatria talvez não tenha sido levantada a proposta de acabar com esse direito porque ele consta no Estatuto da Criança e do Adolescente, portanto, é lei, não está em discussão. Porém, sabemos que, em outras Unidades do Hospital, está sendo levantada esta discussão, levantada, inclusive, pela atual Administração Municipal, com o apoio de alguns trabalhadores.

Um outro aspecto importante a ser discutido é a relação do Hospital com as Unidades Básicas de Saúde. Fala-se de uma dificuldade em garantir um atendimento mais ágil da criança egressa da internação hospitalar nessas Unidades, porém, ao mesmo tempo, percebe-se que há um desconhecimento e um distanciamento de alguns profissionais no que tange às formas de funcionamento; para alguns inclusive este é um problema a ser tratado especificamente pela assistente social.

Apesar de existir, no município, uma rede básica estruturada para acolher os usuários nas suas demandas e da implantação ocorrida no ano de 97, das chamadas equipes de referência nas UBS(vinculando os usuários a um médico e outros profissionais), mesmo assim foram observadas grandes dificuldades em se estabelecer um contato direto entre

profissionais dos diferentes níveis do sistema. O serviço criado no Hospital com o nome de “Desospitalização” veio, de alguma forma, preencher estas lacunas, dando mais segurança aos profissionais no processo de alta dos usuários. Percebe-se, também, que esta atividade, a qual não havia sido prevista à época da inauguração do Hospital, se constituiu incorporando apenas o profissional médico, acabando por acarretar uma sobrecarga maior de trabalho para os profissionais de nível superior não médicos.



## *5- CONCLUSÃO*



## **As tecnologias de organização da assistência e o trabalho em equipe no caso estudado**

Ao analisarmos a posição dos entrevistados sobre a condução do caso clínico estudado, percebemos que todos avaliaram como positiva, para a criança, o fato de ter havido a atuação de vários profissionais. Foi ressaltada a importância dos vários olhares como complementares para obter uma visão mais integral do caso. No entanto, a assistente social e a terapeuta ocupacional avaliam que só houve uma interação maior entre a equipe na segunda internação. Foi a partir deste momento que cada profissional reconheceu seus limites na condução do caso e isto só ocorreu de fato diante do agravamento do estado de saúde da criança. Isto nos leva a pensar que o trabalho em equipe, no sentido da interação, como é colocado por Peduzzi, só aconteceu diante da falência do modelo de atendimento centrado no médico como condutor do caso e os demais atuando de forma fragmentada. Até o agravamento do caso, marcado pela reinternação, o que vinha acontecendo era a intervenção pontual de cada profissional sobre a criança, intercalada por alguns momentos de comunicação entre eles. Porém, mesmo esta atuação fragmentada foi considerada positiva pelos entrevistados.

Ainda sobre a fragmentação e a possibilidade do exercício da interdisciplinaridade, o que se observa é uma delimitação colocada por alguns profissionais, na sua atuação e na atuação dos outros, isto no que diz respeito aos problemas identificados como entraves para que a criança passasse a ser assumida pela Unidade Básica. Na divisão de trabalho da Pediatria isto é tarefa da assistente social, referida por alguns como se fosse uma ação que competisse somente a ela. Isto é questionável na medida em que um conhecimento mais profundo sobre a situação clínica da criança, neste caso, era de domínio principalmente do médico e da nutricionista. No entanto estes expressaram uma certa desinformação sobre o funcionamento da rede, não se colocando no lugar de se responsabilizar em assumir a tarefa de fazer um contato direto para garantir a continuidade da assistência.

Falando então do momento da alta, cabe uma reflexão sobre o papel do projeto denominado desospitalização. A interação entre as equipes das duas Unidades da rede ainda se deu de maneira muito burocrática, principalmente em casos como este em que existe

alguma questão subjetiva que atrapalha a mãe na vinculação à criança à Unidade Básica. Os contatos formais, no sentido de cobrança, acabaram por motivar reações com uma conotação mais de defesa dos profissionais da Unidade Básica, do que uma implicação com o caso buscando um entendimento sobre os motivos que levaram a mãe a assumir aquela postura, não suscitando portanto uma discussão sobre outras possibilidades de abordar o problema, e conseguir, de modo mais efetivo, defender a vida da criança.

Então, no atendimento ao caso clínico estudado, concluímos que todo o empenho foi feito, do ponto de vista de cada profissional, individualmente, para que a criança evoluísse para a cura. No entanto, o sistema de saúde falhou, na medida em que não foi competente para interferir na mudança de postura da mãe com este processo.

Esta constatação nos leva a pensar na complexidade das várias situações que se apresentam no processo de adoecimento e tentar identificar quais os saberes disciplinares capazes de instrumentalizar um processo de mudanças nas práticas de saúde. Neste caso mais específico, a terapeuta ocupacional relata que ter demorado para perceber que a mãe tinha problemas para desempenhar seu papel de mãe. Então nos perguntamos: há um único papel de mãe que caiba nas mais diversas realidades sociais do país?

Para alguns parecia impossível existir uma mãe que não fizesse para a sua filha tudo que estava sendo recomendado pelo saber médico. No entanto, ao olhar mais detidamente para a história social desta mulher, percebe-se que alguns fatos podem explicar tal comportamento: uma mulher com 20 anos de idade, já com três filhos e inserida numa realidade econômica e social de carência. O que a equipe do hospital parece esperar dela é que desempenhe o papel de mãe que qualquer outra mulher, numa situação social muito mais amparada, desempenharia.

Voltando então à questão dos saberes, que saber seria capaz de instrumentalizar um olhar diferente e o exercício de uma clínica mais ampliada? A princípio pensa-se na importância da escuta. Só uma escuta sensível seria capaz de perceber estes sinais. No caso em questão a “escuta” foi feita por vários profissionais, porém os sinais parecem não ter sido entendidos. Isto nos mostra que a percepção de expressões de subjetividade são instrumentos fundamentais para o exercício de uma clínica que se propõe a superar a visão biologicista.

A respeito da comunicação escrita, pó meio do prontuário único, constata-se que é um instrumento utilizado de maneira muito diferenciada entre os profissionais. Alguns o utilizam de fato como um elemento da comunicação, fazendo anotações claras e detalhadas e lendo as anotações dos demais. Para outros, significa mais um instrumento administrativo e legal, no qual os procedimentos devem ser anotados para o caso de haver algum questionamento por parte da gerência ou outras autoridades legalmente constituídas. Para os técnicos, inclusive houve necessidade de criação de um outro instrumento de conhecimento dos casos clínicos.

Para finalizar a análise sobre o trabalho em equipe no caso da menor I. G., podemos dizer que na primeira internação houve pouca integração entre os profissionais, bem como não foi elaborado um plano terapêutico em conjunto, embora tenham havido comunicações pontuais. Mesmo assim, não é possível afirmar que não houve trabalho em equipe, mas que este foi limitado insuficientemente competente para produzir a cura.

Já a segunda internação funcionou como um dispositivo que fez os profissionais repensarem a sua prática e discutirem coletivamente, o que se iniciou com a própria indicação da internação. É interessante observar como, numa situação de crise, tarefas colocadas pelos próprios profissionais como específicas do núcleo de atuação do médico, como, por exemplo, indicação de internação e alta, tenham seus limites apagados diante da falência das práticas utilizadas anteriormente.

A conclusão que se pode tirar da análise deste caso perante a hipótese formulada, a qual afirma que as possibilidades de construção do trabalho em equipe são determinadas pelo modo como se dá a inserção dos profissionais nas instituições e práticas de saúde, é que esta afirmação se mostra muito abrangente para analisar o processo de trabalho nos microespaços do cotidiano onde essas práticas se dão.

No caso em questão, mais do que a inserção na instituição e nas práticas de saúde, os trabalhadores se movimentaram de diferentes maneiras tentando achar uma saída para o problema. Porém, alguns o problematizaram não só do ponto de vista das normas sociais estabelecidas, como, por exemplo, o comportamento esperado de toda mãe, mas buscando algo que não estava dito num primeiro momento. Esta problematização não

aparece no discurso médico, a não ser no final da entrevista da médica responsável, quando ela reconhece que houve uma mudança na postura de implicação da mãe, o que resultou em melhora da saúde da criança.

O que podemos dizer, então, é que mesmo não tendo havido uma interação ideal entre os profissionais, a abordagem multiprofissional foi capaz de trazer ganhos para a criança no que diz respeito a uma assistência mais integral.

As entrevistas são unânimes em afirmar que não só o usuário se beneficia da atuação de vários profissionais, mas também estes se sentem mais seguros com a colaboração da intervenção de outros profissionais no processo de definição das condutas, no decorrer da evolução do caso.

Vale destacar a diferença de relação dos técnicos de enfermagem com os profissionais de nível superior, no que diz respeito à falta de legitimidade para se colocarem enquanto sujeitos de um discurso, mesmo no repasse de uma informação de algo que foi por eles presenciado, a qual poderia se transformar em um dado estratégico para uma mudança de rumo na condução do caso. Nesta circunstância, na maioria das vezes, o enfermeiro é intermediário do processo de comunicação

### **A gestão nas equipes de saúde na Pediatria**

Pensando o modelo de gestão como um arcabouço institucional que visa dar sustentação e direcionalidade para a implantação das diretrizes do modelo assistencial, constata-se em vários momentos desta pesquisa que suas ferramentas não estão completamente implantadas. As diretrizes enunciadas pela Secretaria Municipal de Saúde funcionaram como trilhas a serem seguidas, porém os caminhos e o lugar onde se queria chegar deveriam ser redesenhados estrategicamente no decorrer do processo.

No caso dos gestores não explicitarem de antemão seus propósitos, a tendência dos serviços é de reprodução do modelo médico hegemônico nas suas características mais tradicionais. Por outro lado, o fato de a Direção do Hospital e a Secretaria de Saúde terem explicitado estes propósitos não garante que o processo caminhe na direção esperada. Um exemplo disso é a posição tão diferenciada entre as unidades do Hospital.

Há uma cobrança relativa à falta de posicionamento da Diretoria do Hospital no sentido de conduzir o processo de forma a se chegar a um resultado mais homogêneo entre as unidades assistenciais. Nesse ponto é importante ressaltar que houve uma mudança na direção da Secretaria e na Diretoria do Hospital, sete meses após o início de seu funcionamento. Apesar de esta mudança ter acontecido mantendo a direção política dentro do campo democrático e popular na Prefeitura, a ênfase dada à gestão dos serviços e particularmente do Hospital passou a ter um cunho mais voltado para o aspecto da eficiência do que para construção de sujeitos coletivos implicados com os enunciados defendidos pelas direções anteriores.

A questão da eficiência, muito voltada para a preocupação com o custo hospitalar, foi uma das principais tônicas adotada pela nova gestão, o que pode ser constatado hoje como um dos principais temas da agenda dos diretores de hospitais pelo atual modelo econômico do país. Particularmente, no caso do Hospital Público Regional de Betim, havia um questionamento interno na Prefeitura acerca dos gastos com sua manutenção e a conseqüente diminuição do poder de investimento da Prefeitura em outras áreas.

Esta tensão entre o custo econômico e o benefício social de manter o funcionamento de um hospital público é uma tensão que permanece e coloca em posição de vulnerabilidade a continuidade dos hospitais públicos enquanto uma conquista social da população que não pode pagar diretamente pela assistência à saúde.

Um outro ponto nevrálgico a ser avaliado é o direito do usuário de ter um acompanhante durante o período de internação. O atual governo municipal, de caráter conservador, coloca em questão esse direito utilizando-se de dois argumentos principais: - a questão do custo da permanência do acompanhante no hospital (alimentação, banho, uso das instalações) e a probabilidade de aumento da taxa de infecção hospitalar. Além desses dois argumentos, sabe-se que os trabalhadores colocam também os conflitos gerados entre estes e os acompanhantes, em função do não cumprimento das normas estabelecidas pelo Hospital. Nas entrevistas, nota-se que ao mesmo tempo em que esta questão é colocada como um problema cotidiano a ser administrado pelos trabalhadores e gerência, também há um reconhecimento dos benefícios trazidos para o usuário em seu processo de cura.

Analisando a questão mais interna do processo de trabalho, pode-se concluir pelas entrevistas que o Colegiado Gestor da Unidade de Pediatria se constituiu enquanto espaço coletivo fundamental para legitimar a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização do processo de trabalho. No entanto fica claro também, que a multiplicidade de possibilidades de constituição de espaços coletivos poderia ter sido melhor explorada, ou seja, o colegiado sozinho não dá conta de garantir a democratização das relações nos serviços, principalmente devido à multiplicidade e complexidade de saberes e interesses presentes nos serviços de saúde.

A gerência fala da dificuldade em conduzir reuniões gerais com todos os trabalhadores, porém ela mesma aponta que, na segunda eleição do Colegiado, a tendência foi de reeleger a maioria dos seus componentes, portanto havendo pouca renovação dos agentes envolvidos. Então a existência de vários espaços coletivos seria fundamental para que esses espaços se atravessassem mutuamente, diminuindo assim as chances de tornar instituído o que no começo foi instituinte.

Os conflitos gerados na disputa por espaço e busca de legitimidade profissional se explicitaram em vários momentos das entrevistas. Os médicos não falaram sobre esta questão, pois sua legitimidade é socialmente reconhecida. Tampouco estes profissionais disputam o espaço de poder formalmente instituído no Hospital. Eles apenas preservam sua autonomia e conservam seu poder.

Os outros profissionais de nível superior tentam afirmar seu núcleo de competência profissional, quase sempre tomando como referência o saber médico. Este saber ainda é o núcleo de conhecimento que dirige as outras intervenções. A não ser que o caso complique tomando outras dimensões que não as esperadas, só assim o esquema tradicional de funcionamento sofre uma quebra, surgindo a possibilidade de instituir novas formas de trabalho e o trabalho em equipe.

Uma das propostas inicialmente colocadas para o Hospital era a de que outros profissionais não médicos pudessem ser responsáveis pela condução de um caso clínico. Isto se daria em situações específicas cujo núcleo de atuação necessário à intervenção no caso estivesse mais identificado com o núcleo de saber de uma determinada categoria profissional. Segundo as entrevistas, isto não aconteceu. Na Pediatria sempre foi o médico o responsável pela condução dos casos clínicos.

Quanto ao papel dos enfermeiros na operacionalização das práticas assistenciais, observa-se que se construíram como um apoio estratégico para o gerenciamento, continuando a desempenhar suas funções de supervisão sobre o trabalho dos técnicos e auxiliares, ao mesmo tempo em que executam ações assistenciais junto aos pacientes. Como foi dito pela própria gerência, houve prioridade no investimento do desenvolvimento técnico e institucional desta categoria, a maioria dos projetos de educação continuada foi voltada à capacitação enfermagem.

É visível o reconhecimento dos avanços alcançados com o modelo de gestão proposto, no entanto, algumas diretrizes são bastante questionadas por trabalhadores e gestores atuais colocando em situação de vulnerabilidade os resultados. Entre as propostas questionadas podemos destacar as seguintes:

- a jornada de trabalho cumprida pelos técnicos de enfermagem;
- o direito ao acompanhante, que talvez não sofra um questionamento maior na Pediatria pelo fato de ser um direito legalizado, mas com certeza bastante questionado nas outras unidades;
- o organograma horizontalizado abolindo chefias por categoria profissional, inclusive já retornando ao modelo antigo de gerenciamento com a instituição recente da chefia de enfermagem;
- a gestão colegiada, a qual não foi implantada de forma regular em todas as unidades, já vem sofrendo um processo de descontinuidade na própria Unidade de Pediatria;
- a extensão de jornada como forma de garantia da presença de vários profissionais na maioria das unidades assistenciais, inclusive da jornada de seis horas dos médicos diaristas, extinta pelo atual governo municipal, levando o gerente a lançar mão do recurso da hora-extra, o qual não garante a regularidade e continuidade das ações assistenciais.

Apesar de todos esses pontos de fragilidade, alguns dispositivos se tornaram instituídos no Hospital, embora seja sabido que sua manutenção dependerá sempre de sujeitos coletivos com a capacidade de se articular politicamente na defesa dos direitos conquistados.

### **Síntese**

Finalizando as conclusões, voltamos às perguntas iniciais que nos instigaram a realizar este trabalho. As perguntas principais foram:

1. O usuário dos serviços de saúde necessita mesmo das ações de vários profissionais ou essas ações seriam motivadas por ampliação de espaço no mercado de trabalho?
2. É possível construir um trabalho em equipe se a base de formação dos profissionais de saúde é tão distinta?

Em relação à primeira pergunta, todo o material coletado no trabalho empírico, pode-se dizer que no atual momento histórico da sociedade, colocar o problema dessa forma talvez não seja a forma mais adequada, pois mesmo que o médico pudesse realizar sozinho a maioria das intervenções, certamente isto não seria possível devido ao processo histórico de construção do conhecimento, que, em todos os ramos da ciência, apresenta uma forte tendência à especialização e portanto à fragmentação.

No entanto, a maioria dos textos escritos por teóricos que estão comprometidos com os direitos de cidadania, aponta para a necessidade de se encontrar formas de reconstituir o todo, e, no caso da saúde, o princípio da integralidade. Sem dúvida, quanto menos fragmentado for o atendimento ao usuário, menos alienante será o trabalho, sendo portanto benéfico, tanto para o trabalhador, como também para o usuário. Porém a pergunta que fica é: qual o caminho mais viável na aproximação desses objetivos?

Esta investigação mostra que há uma tensão permanente nas relações entre profissionais, ainda que a hegemonia ao poder médico se mantenha. Apesar dessa situação, percebeu-se que quando um caso clínico se torna complexo, não pela gravidade

estritamente biológica da patologia, mas pela sua complexidade social, fugindo à compreensão dada pelo modelo biológico. Há uma abertura de espaço para o agir comunicativo entre os profissionais, e isto resulta em mudanças positivas, tanto para o usuário quanto para a equipe. São momentos, são acontecimentos que emergem das práticas de saúde possibilitando a interação e o exercício do trabalho em equipe.

Confirmou-se para nós a hipótese segundo a qual não seria interessante elaborar um conceito tipo ideal de equipe, e a partir desse conceito avaliarmos a existência ou não de equipes concretas. Ou seja, não idealizar um conceito que parta do pressuposto que trabalhar em equipe é ter os profissionais interagindo o tempo todo em torno de um objeto comum. Mas é descobrir as possibilidades de criar condições para que haja um reconhecimento da limitação dos saberes específicos, e nestes processos abrir espaços que facilitem o diálogo entre os profissionais.

A respeito da segunda pergunta, que coloca a questão diferença na formação dos profissionais, também pode-se dizer que é possível construir um trabalho em equipe apesar das diferenças. Esta construção entretanto, parece ser mais motivada pelo envolvimento do profissional com o sofrimento ou com o incômodo vivido pelo usuário, do que por dos saberes técnicos e disciplinares. Haveria um saber disciplinar específico que sustentasse uma postura de humanização no atendimento às pessoas? Seria necessário estudar uma matéria específica para tornar os profissionais de saúde mais humanos?

Nas entrevistas realizadas na Pediatria do Hospital Regional de Betim esta questão parece ter sido incorporada a partir de um enunciado explicitado e sustentado pelo grupo que estava gerindo a Secretaria Municipal de Saúde. A partir dessa constatação pode-se dizer também que se algumas escolas da área de saúde formam pessoas que se tornam profissionais pouco comprometidos e até frios na relação com seus pacientes, certamente seriam capazes do contrário se colocassem para si outros propósitos. Certamente que isto não se daria por intermédio de uma única disciplina, mas de uma postura ética e comprometida dos formadores no processo de ensino-aprendizagem, postura essa que perpassaria todo o processo de formação. Esta mudança passa por atribuir um peso menor à tecnificação dos profissionais e uma ênfase maior à ética e à humanização.

Enfim, as atitudes propulsoras do trabalho em equipe se viabilizam, não só a partir do conhecimento disciplinar, mas sim de sujeitos, atores sociais, arquitetos na arte de pensar projetos assistenciais e de construir arcabouços institucionais que lhes dêem sustentação.

Quanto ao processo de gestão das equipes de saúde, este trabalho nos leva a enfatizar ainda mais a importância da constituição de fóruns colegiados que apostem na construção de sujeitos individuais e coletivos. É necessário também advertirmos para o fato de que a simples existência de colegiados não leva necessariamente a um processo de construção de sujeitos. Como foi possível observar no decorrer da pesquisa, os colegiados podem se tornar apenas espaços de legitimação do poder institucional como também de interesse do grupo que o compõe. Para que ele seja de fato uma instância democrática de participação dos trabalhadores no gerenciamento do processo de trabalho, é preciso que seja reconhecido enquanto um espaço onde as divergências e os conflitos sejam explicitados e trabalhados coletivamente.

No caso da Unidade de Pediatria do Hospital Regional de Betim está claro que em vários momentos o Colegiado Gestor se constituiu na arena de disputa de diferentes pensamentos. Porém, no atual momento em que o município de Betim passa por uma mudança de projeto político, quando seria necessária a manutenção dos fóruns democráticos, o colegiado está desativado. Isto pode ser um indicativo de que os trabalhadores não se apropriaram desse fórum enquanto um instrumento de gestão participativa.

Um aspecto também interessante de ser destacado no presente estudo é a conclusão de que na Pediatria foi exercitada a autogestão e a co-gestão pelas equipes. No caso clínico relatado, a equipe foi autogestora do trabalho, e isto não foi alguma coisa que necessitasse de delegação da gerência. Ao mesmo tempo há relatos de outras situações nas quais houve necessidade de uma intervenção direta da gerente, tanto por demanda da equipe, quanto pela identificação de problemas pela própria gerência. Observa-se ainda que alguns problemas mais estruturais da Unidade foram resolvidos em co-gestão tendo como destaque o papel do colegiado.

Quanto à potência dos mecanismos e ferramentas facilitadoras do trabalho em equipe, além do Colegiado já citado no parágrafo anterior, a discussão de casos clínicos também é importante ferramenta no processo de interação, porém, se faz necessário atentar para alguns vieses que não interessam ao modelo em pauta: em primeiro lugar, a discussão de caso clínico, no modelo em defesa da vida, não pode se restringir a uma discussão puramente científica, que sirva apenas para melhorar o conhecimento técnico dos profissionais; ela deve ter também o objetivo de reorientar o plano terapêutico na busca do atendimento integral visando obter a cura e a autonomia do paciente. Em segundo lugar, a discussão entre diferentes profissionais deve ter algum tipo de mediação, talvez alguém com este papel, a exemplo do supervisor na saúde mental, alguém que ocupe o lugar de facilitador do diálogo. A experiência, no caso do Hospital de Betim, mostrou que não basta colocar os profissionais para conversarem espontaneamente sobre o caso, pois a diferença de linguagem, poder e saber acabam se tornando fortes entraves à comunicação.

Há ainda uma questão que foi abordada indiretamente neste trabalho, é o exercício do gerenciamento. O modelo de gestão que preconiza um gerente único para todos trabalhadores da Unidade mostrou-se eficaz no papel de propiciar o trabalho em equipe. O interessante de observar na entrevista é que isto não significou a ausência de delegação de tarefas, pelo contrário, apesar de não existir um chefe de enfermagem, as tarefas de elaboração da escala e de supervisão técnica do trabalho continuaram sendo do enfermeiro, não prescindindo do acompanhamento do gerente.

No modelo de gestão em que há chefias por categoria, os profissionais acabam se organizando muito mais enquanto corporação, direcionando suas reivindicações para um chefe pertencente a sua categoria profissional, que exerce mais um papel de representante do que de um condutor da política institucional. O resultado disto é que as discussões, em vez de serem centradas na busca de uma melhoria da qualidade de atendimento para o usuário, deslocam-se para uma linha de reivindicação sindical e de disputa por espaço entre categorias profissionais.

Vale dizer então que a difícil arte de gerenciar, em um modelo de gestão que se pretende democrático, está em saber equilibrar o respeito à autonomia dos trabalhadores com a ética em defesa da vida dos usuários.

Apresentamos a seguir algumas proposições com o objetivo de contribuir para que os gestores repensem a gestão das equipes de saúde:

1. As experiências de gestão que busquem quebrar com modelos hegemônicos instituídos se beneficiariam em grande parte se acompanhadas do olhar de “outro”, o qual possa apontar problemas, os quais os participantes não conseguem enxergar pela sua situação de envolvimento, ou não conseguem explicitar por medo de quebra de uma certa “estabilidade” interna do grupo dirigente ou do grupo de trabalhadores daquele serviço.
2. A discussão de caso clínico, entre profissionais de diferentes categorias profissionais, é um dispositivo importante para o trabalho em equipe, porém sua efetivação tem que ser planejada e direcionada como uma prática complexa que não se desenvolve espontaneamente e necessita de mecanismos de mediação.
3. O gerenciamento dos serviços de saúde deve contemplar, enquanto parte do seu planejamento, espaços coletivos de discussão que abordem as questões do processo de trabalho, direcionada por dois eixos principais: a organização no trabalho nas Unidades prestadoras de serviço como um todo e a discussão de casos específicos. As discussões de caso devem buscar, como produto, construir planos terapêuticos mais integrais.
4. Para garantir mudanças no processo de trabalho, como por exemplo efetivação da jornada de trabalho na forma de diarista em hospitais, não basta se utilizar do discurso como forma de convencimento; é necessária a criação de incentivos salariais e de planos de carreira, que tenham a potência de competir no mercado de trabalho.
5. O processo de definição das atribuições dos trabalhadores em uma instituição deve ser negociado entre o nível diretivo e os trabalhadores, incorporando aquilo que os profissionais carregam consigo enquanto formação, experiência profissional anterior e habilidades pessoais.

6. Relações de poder devem ser vistas como um processo que faz parte das relações no trabalho. O importante para o gerenciamento não é tentar eliminá-las, mas é exercitar a arte de manejar os conflitos resultantes destas relações, procurando não acirrar os problemas nos seus aspectos individuais, mas trabalhando as diferenças no sentido do crescimento profissional das equipes.
7. É importante perceber e deixar emergir as expressões de subjetividade dos usuários, para que estas sejam reconhecidas em suas singularidades. Isto se torna mais importante ainda no caso dos serviços de saúde e de um hospital, quando as expressões de subjetividade deveriam fazer parte do conhecimento sobre o doente e ser considerada como expressão “dos sinais e sintomas”, ou seja, a intersubjetividade da relação profissional-usuário, como parte da clínica. Isto não quer dizer psicologizar os problemas, quer dizer tornar mais humanas as relações entre trabalhadores e usuários possibilitando alcançar mais rapidamente a cura ou melhora dos doentes, e a satisfação dos trabalhadores.
8. O modelo de gerenciamento único por unidade e a gestão colegiada são formas de exercício do poder institucional que exigem muito da capacidade de delegar, convencer e negociar. Portanto não é possível exercer esta função apenas pelo bom senso; é importante que as instituições criem espaços e momentos de formação e reflexão, nos quais os gerentes possam fazer uma avaliação permanente de seu trabalho e incorporar novas ferramentas de gestão.

## *6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ARDOINO, J. Abordagem multireferencial (plural) das situações educativas e formativas. In: BARBOSA, J.G. **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos: EDUFSCar. 1998.

ALMEIDA FILHO, N Transdisciplinaridade em saúde coletiva: formação ou subversão (ou um barato?). **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p. 49-52, 1997.

ALMEIDA FILHO, N Transdisciplinaridade: abertura. IN:; ALMEIDA FILHO, N. **A Ciência da Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec. 2000. p. 203-221.

BARBIER, R. **Pesquisa, ação na instituição educativa**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3.ed. s.l. Edições Apontamentos, 1998. 295p.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6. nº1. p. 151 – 164, 2001.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.). Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4. nº2. p. 315 - 330, 1999.

DELEUZE, G. **Empirismo e subjetividade**. In: DELEUZE, G Empirismo e subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. Tradução de Luiz B.L. Orlandi: Editora 34, 2001. p. 93-118.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1979.

**É URGENTE DEFINIR O ATO MÉDICO**. Jornal Medicina do conselho Federal de Medicina, Brasília, set./ 2001, ano XVII, n. 130, p.18-19.

GONÇALVES, R.B.M. Tecnologia e organização social: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. **São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO, 1994. 269p.**

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 326p.

MACHADO, M.H. (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 226p.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4. nº2. p. 305 - 3145, 1999

MERHY, E. E.; CAMPOS, R.T.O. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo/ Buenos Aires: Ed. Hucitec/ Lugar ed., 1997. 285p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. IN:; REIS, A.T.; MALTA, D.C.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não diretiva em sociologia. IN:; THIOLLENT, M.J.M. **Crítica metodológica investigação social e enquete operária**. 5.ed. s.l. Ed. Pólis, 1987. cap. III, p. 191-211 (Coleção Teoria e História, 6).

MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **ABRASCO – Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, .1, p.7-18, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO, 1993.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser diferente**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1992. 256p.

NUNES, E.D. O estudo da Interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel da ciências sociais. In: CANESQUI, A . M. **Dilemas e Desafios da ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, p.95-113, 1995.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998 (Tese – Doutorado – UNICAMP)

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1999. 348p.

SCHRAIBER, L.B. **O Médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993. 229p.

SCHRAIBER, L. B. et. alli. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4. nº. 2.p.221- 242, 1999.

SOUSA CAMPOS, G.W. **A Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Ed. Hucitec.1991.

SOUSA CAMPOS, G.W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Ed. Hucitec.2000. 236p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. Tradução de Ângela Maria Tijiwa. São Paulo: Ed. Hucitec – ABRASCO. 1995. 306p.



***7- OBRAS CONSULTADAS***



ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reformas de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4. n.º2. p. 263-286, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.5-20, 1997.

ALTMAN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano, reflexões sobre planejamento e AIDS. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.6, n.1, p.183-195, 2001.

ALVARENGA, V. Considerações teórico-metodológicas acerca do discurso de Naomar de Almeida Filho sobre transdisciplinaridade. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.45-48, 1997.

ANDRADE, A.L.L. Identificação e histórico da unidade de Pediatria do Hospital Público Regional de Betim, mimeo,2001.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999. 258p.

AYRES, J.R.C.M. Deve se definir transdisciplinaridade. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.36-38, 1997.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1,p.63-72, 2001.

BARBOSA, J. (Org.). **Reflexões em torno da abordagem: multirreferencial**. São Carlos: EdUFScar, 1998. 126p.

**BETIM**. Lei Municipal 2818 de 05 de janeiro de 1996. Cria a estrutura orgânica do Hospital Público Regional Prof. Osvaldo Rezende Franco.

BOLTANSKI, L. **As Classes sociais e o corpo**. tradução de Regina a. Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, s.d.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996. 224p.

CAMPOS, F.; CHERCHIGLIA, M.L.; GIRARDI, S.N. Gestão, profissões de saúde controle social, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br> Acesso em: 20 set. 2001.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Ed. Hucitec.1991.

CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989. 134p.

CAMPOS, R.T.O. Planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **ABRASCO - Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.197-208.2001

CANESQUI, A.M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: E. Hucitec-ABRASCO, 1995. 165p.

CASTIEL, L. D. Debate sobre o artigo de Almeida filho: “Transdisciplinaridade e saúde coletiva”. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.27-31, 1997.

CAVALHEIRO, J.R. Transdisciplinaridade dá um barato. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva**. rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.21-23, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. 333p.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, s.d. 551p. (Coleção Estudos, 61)

FOUCAULT, M **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. 295p.

FOUCAULT, M **O Nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. 241p.

FRANCO, T. B. (Org.). Acolhimento, diretriz do modelo técnico-assistencial em defesa da vida. Betim, mimeo, 02 maio de 1997. Relatório de pesquisa. Trabalho não publicado.

GALLO, E. (Org.). Razão e planejamento e emancipação: desconstruir mitos construindo a práxis. IN: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Ed. Hucitec- ABRASCO, 1995. cap. III. p.87-105.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história, raízes sociais do trabalho médico**, 1979, 209f. Dissertação ( Mestrado em Medicina Preventiva) –Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. 203p.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224p.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. Tradução de Mariano Ferreira. 2.ed. rev. Petrópolis: Vozes, 1996. 293p.

MALTA, D. et. al. Acolhimento uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. IN: REIS, A.T. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.**

MARX, K. **O Capital**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 7.ed. São Paulo: Difel, 1992. v.1.: o processo de produção do capital.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. IN: GALLO, E. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Ed. Hucitec- ABRASCO, 1995. p.117-145.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde & Sociedade**. v.3, n.2, p.43-64, 1994. Faculdade de Saúde Pública da USP. APSP.

MORAIS, N.A. Transdisciplinaridade saúde coletiva e história. **ABRASCO – Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.31-35, 1997.

MORIM, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Doria. Ed. ver. pelo autor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 336p.

MUCCHIELLI, R. **O Trabalho em equipe**. Tradução de Mônica Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 225p.

OLIVEIRA, R.C.; DINIZ, K.M.R.; TEIXEIRA, P.T. Avaliação da influência da gestão colegiada na Secretaria Municipal de Saúde de Betim. **IN:; CONGRESSO ABRASCO, VI**, 28ago./01 set.2000. Salvador. Apresentado em poster.

OLIVEIRA, R.C.; PACHECO, D.A.P. **Em Betim, o acesso às ações de saúde é um direito garantido: Hospital Público em Betim, mais um passo em defesa da vida**. 1996. 91p. Trabalho final para obtenção do título de especialista em Gestão Hospitalar. 3º. Curso de centralização de Especialização em Gestão Hospitalar. ESMIG – Escola de Saúde de Minas Gerais, ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública, NCGH – Núcleo de capacitação em Gestão Hospitalar, Belo Horizonte.

PORTOCARRERO, V. Transdisciplinaridade em saúde coletiva: tópicos filosóficos complementares. **ABRASCO – Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.39-44, 1997.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. Hospital Público Regional: Histórico do projeto. mimeo, jan./ 1996.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. Oficina com trabalhadores das áreas assistenciais da Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia e Pediatria do Hospital Público Regional, mimeo, 1997.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. Relatório de Gestão da Unidade de Pediatria do Hospital Público Regional., mimeo, 1996.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.** Relatório do processo de implantação do Hospital Público Regional, mimeo, abr./1996.

**REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.24,. n. 54. jan./abr. 2000.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: História e crise.** São Paulo: Cortez, 1993. 135p.

RIVERA, F.J.V. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

SANTOS, B.S. **A Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000.v.1.415p.

SEVALHO, G. Contribuição ao debate do artigo de Naomar de Almeida Filho. **ABRASCO –Ciência e Saúde,** Rio de Janeiro, v.II, n.1/2, p.24-26, 1997.

SOUSA CAMPOS, G.W. **A Saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Ed. Hucitec.1991.

SOUSA CAMPOS,G.W. **Reforma da reforma.: repensando a saúde.** São Paulo: Ed.Hucitec.1992.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.4. n°2. p. 287-304, 1999.

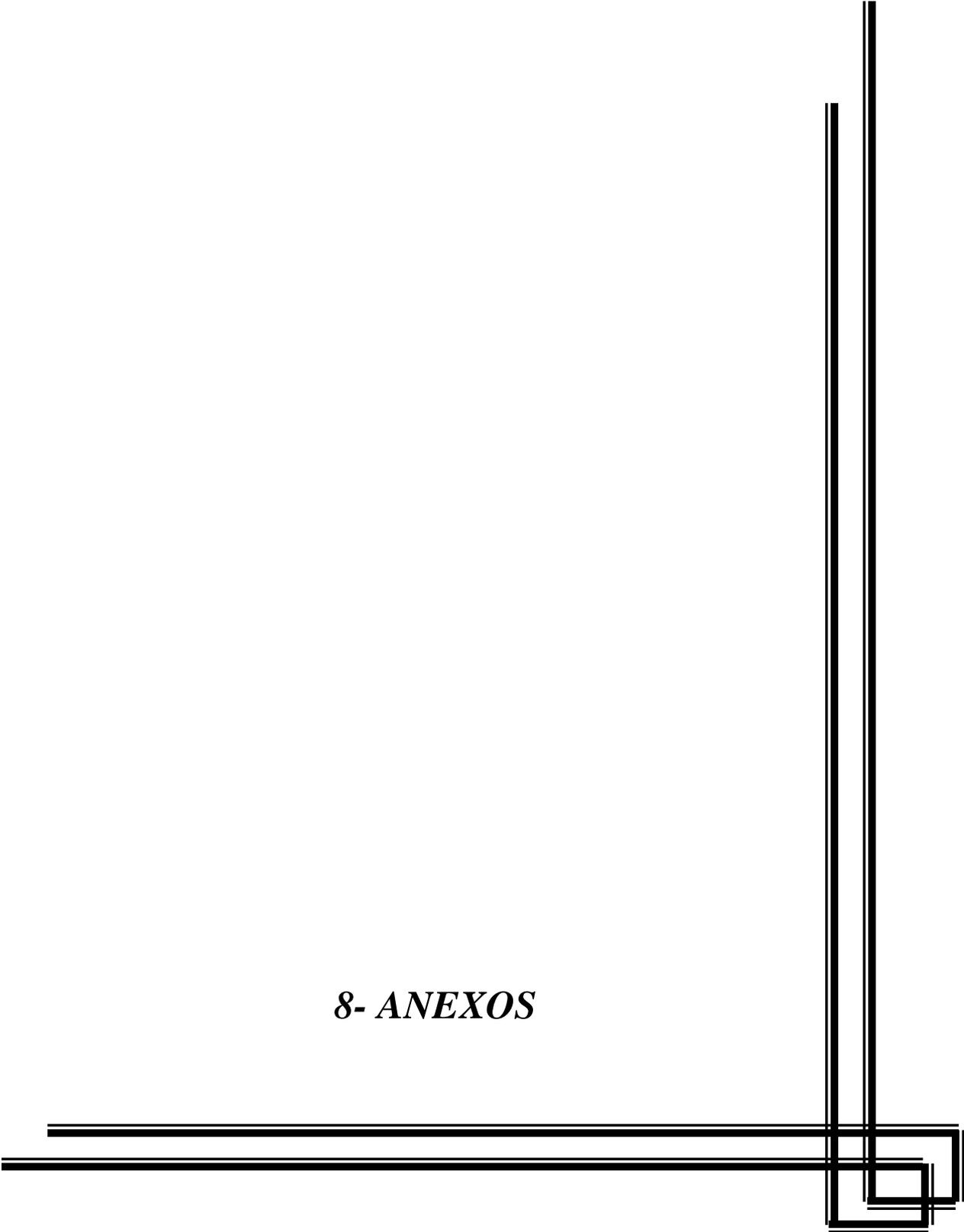
THIOLLENT, M.J.M. **O Processo de entrevista.** IN:; \_\_\_\_\_. Crítica metodológica investigação social e enquete operária. 5.ed. s.l. Ed. Pólis, 1987. cap. III, p. 79-99 (Coleção Teoria e História, 6).

URIBE, F.J. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **ABRASCO – Ciência e Saúde,** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.209-220, 2001.

URIBE, F. J. e HARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade **Metodológica e agir comunicativo.** **ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.4. n°2. p. 355 - 365, 1999



**8- ANEXOS**



Roteiro da entrevista com os profissionais

Como você avalia a condução do caso deste paciente no Hospital?

O prontuário único influenciou nas suas condutas na assistência a este caso?

Se sim, de que forma?

Que tipo de comunicação ocorreu entre os profissionais que estavam envolvidos na assistência à paciente?

Foi feita alguma reunião para discutir o caso?

Que benefícios ou prejuízos a atuação de vários profissionais trouxe para a paciente?

A atuação da gerente da Unidade teve algum tipo de interferência na condução deste caso?

Qual a sua contribuição enquanto categoria profissional na assistência à paciente ?

Como é a relação profissional e pessoal entre as categorias ?

Quais os projetos ou atividades utilizados na Pediatria para facilitar o trabalho em equipe?

Como é visto e trabalhado na Unidade a presença do acompanhante?

Como é organizado o seu trabalho no cotidiano da Unidade? Quem organiza ?

Na sua opinião, o que avançou no processo de trabalho da pediatria em relação ao projeto inicial?



Roteiro da entrevista com a Gerente

Descreva o processo de trabalho na Pediatria.

Quais as tarefas ou atividades de gerenciamento você delega para outros funcionários?

Quais os instrumentos utilizados na Unidade para funcionar como facilitadores do trabalho em equipe?

Qual o papel do Colegiado da Unidade na organização do processo de trabalho?

Na sua opinião, de que forma as diferentes categorias profissionais se inserem no trabalho com o paciente ?

Como você percebe a inserção dos profissionais de nível superior não médicos no trabalho com o paciente?

Como se dá a relação entre os médicos e os outros profissionais de nível superior ?

Como se dá a relação entre os médicos e os técnicos de enfermagem que estão assistindo o mesmo caso?

Qual o papel dos técnicos de enfermagem na condução dos casos ?

Em que situações sua atuação como gerente influenciou na condução de casos específicos ?

Na sua opinião, quais os resultados obtidos em relação ao projeto inicial de equipes por leito ?



**RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE DE PEDIATRIA**

**Médicos**

- cinco diaristas, com uma relação média de oito pacientes por médico;
- o semicrítico (enfermaria de pacientes graves) conta com um diarista pela manhã e um à tarde;
- o pronto-socorro conta com um plantonista diurno e um noturno, os quais são lotados na pediatria;
- a unidade conta com dois plantonistas noturnos;
- neurologista infantil – um profissional com 12h na Unidade e as outras 12h no Centro de Referência de Especialidades.

**Enfermeiros**

- diaristas, três profissionais nos horários de 7h às 13h, 9h às 15h e 15h às 19h;
- plantonistas, um por plantão noturno e final de semana.

**Técnicos de enfermagem**

- diaristas das enfermarias – seis (relação de um para cada sete pacientes; no semicrítico, um profissional para cada quatro pacientes).

**Apoio**

- um profissional (realiza atividades como acompanhamento de pacientes para outros setores ou para fora do hospital, principalmente para a realização de exames e outros procedimentos).

**Plantão noturno e finais de semana**

- semicrítico, um profissional; enfermaria, seis profissionais.

**Agente de higienização**

- dois plantonistas diurnos e um noturno.

**Oficial de apoio administrativo**

- dois diaristas, sendo um de 7h às 13h e um de 13h às 19h.

**Assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional**

- um profissional diarista de cada categoria.



ANÁLISE DO PRONTUÁRIO

Admissão: 18h30min

02/10/2000 - Novo atendimento após admissão

Pediatra anota resultado de exames.

Constata acidose metabólica.

17/02 - Serviço de infecção hospitalar reafirma diagnóstico de monilíase e enteroinfecção

Dia 17 - Médico

Registra peso ao nascer e parto prematuro (8 meses).

Prescreve:

Dieta: Alfarré

Gentamicina

Anotação da Enfermagem (segue padrão dos técnicos de enfermagem)

Sinais vitais, uso de medicamento, sonda, coleta de material para exames, dieta em uso, característica das fezes e urina. Registra que criança está acompanhada.

Dia 17/02, às 22h - Médico

Mantém anotações de exame físico e hipótese diagnóstico.

Pede para anotar balanço hídrico.

Dia 18/02 - Nutricionista (sempre se identifica assim no início)

Registra idade, peso atual, peso ao nascer .

Registra relato mais detalhado da mãe.

Criança tem boa sucção no momento, voraz, aceita todo o volume da dieta de uma só vez.

Ela escreve que “discute com a pediatra transição para o leite de vaca”.

Prescreve dieta.

Dia 18/02 - Médico

Sem alterações na história e exame físico.

Aumenta volume da dieta e suspende gentamicina.

Dia 18 - Enfermagem

Anotação padrão

Relata que criança foi registrada pela mãe no cartório.

Dia 18 – 17h50min

Atendimento da Terapia Ocupacional

Não foi possível avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor porque criança estava dormindo.

Deixou móvel no berço e orientou os pais como usar.

Dia 19 - Médico

Descrição minuciosa e clara da conduta, avaliação e prescrição da nutricionista.

Se perder acesso venoso é para suspender soro.

Dia 20/02 - Médico

Relata quadro e anota prescrição, aumenta volume da dieta.

Dia 20/02

Enfermagem à noite

Registra dados vitais e registra que está sem acompanhante.

Dia 21 - Nutricionista

Anota peso anterior e peso atual.

Registra aumento de peso – 50 gr.

Criança evolui com boa aceitação de dieta.

Faz nova prescrição de dieta.

Dia 21 – Dia - Enfermagem

Criança regurgitando após cada mamada.

Sem acompanhante

**Dia 21 - Médico**

Mantém padrão anterior.

Não parece ter lido anotação de regurgitação da enfermagem.

Dia 21 – Enfermagem

Volta a registrar vários episódios de regurgitação.

**Dia 22/02 - Médico**

**Começa registrando os episódios de regurgitação.**

**HD mantida**

**Prescreve plasil (muda conduta).**

**Dia 22/02 - Atendimento da Terapeuta ocupacional**

Fez exame clínico, diz que paciente reagiu bem ao estímulo visual e auditivo, mas não acompanha quando o estímulo é só visual, não observa sinais de incoordenação durante a mamada.

Observou refluxo.

Dia 23/02 - Outro Médico - Obs.: letra difícil

Interroga RGE (refluxo gastroesofágico).

Prescreve Prepulsid.

Dia 23 - Terapeuta Ocupacional

Relata que criança está ativa, permanecendo em estado de alerta, mantendo interação com pessoas e objetos. Melhora acompanhamento visual.

Dia 24/02 - Serviço Social

Mãe impaciente para alimentar criança que se encontra com outra acompanhante.

Solicita à enfermagem que ajude a observar a alimentação dada e a relação da mãe com a criança.

Percebe-se que há desconfiança da mãe em sua relação com a criança. Ass. Social não anota se informou isto ao pediatra.

**Dia 24/02 - Médico**

Paciente bem, ainda regurgitando muito.

Exame físico sem alterações

Cd: mantida

24/02 - Enfermagem

Criança com vários episódios de regurgitação e tolera pouco a dieta.

Mãe apresenta-se impaciente com a criança.

Dia 25/02 - Nutricionista

Começa sempre com peso anterior, peso atual e ganho de peso.

Registra que criança é desnutrida grave e evolui com ganho de peso satisfatório.

Aceitando bem a dieta, porém com regurgitação freqüente.

Prescreve dieta de 2 em 2 horas.

Dia 25/02 – Médico

Inicia com o padrão dia de internação e conduta atual.

Não cita nada em relação à prescrição da nutricionista e à anotação da assistente social.

Relata sopro à ausculta cardíaca.

HD: sopro a esclarecer.

Cd: pede ecocardiograma.

Necessidade de hidratação parenteral

Dia 25/02 - Enfermagem

Anotação padrão: ativo, reativo, eupnéico, afebril, etc.

Relata vários episódios de regurgitação.

À noite: Padrão habitual

Registra presença da mãe.

Dia 26/02 - Médico

Registra dia de internação e dados registrados pela enfermagem.

Diz que mãe relata melhora da regurgitação.

Ao exame físico – sopro cardíaco

HD: Estável

Cd: mantida

Dia 26 - Enfermagem

Anotação padrão, sem alterações

Dia 27/02 - Médico

Anota dia de internação (DI).

Dados vitais - exame físico sem alteração

Hipótese diagnóstica e Conduta mantida

Dia 27 - à noite, nova avaliação médica (Criança piora)

**Pediatra de plantão chamado para avaliar criança.**

Relata fezes líquidas e um episódio de vômito.

Abdome distendido

Cd: Suspende dieta.

Soro de manutenção

Sonda nasogástrica aberta

Dia 27 - Enfermagem (noite)

Criança apresenta fezes líquidas, vômito em jato, abdome globoso. Comunica estes sintomas à enfermeira e em seguida ao pediatra.

Registra dieta suspensa e passagem de sonda.

Dia 28/02 - Nutricionista

Anota peso.

Registra os episódios de vômito no final de semana.

Relata que dieta ainda está suspensa e criança chora de fome.

Cd: sugere reiniciar dieta por sonda.

Sugere mesmo esquema anterior de dieta e aumento do volume se houver boa tolerância.

Dia 28/02 - Médico

Anota dia de internação e medicação em uso.

**Ao exame, relata não observar sopro.**

Hipótese diagnóstica: RGE (refluxo gastroesofágico)

Dia 28 - Enfermagem

Fezes líquidas em grande quantidade

Após avaliação pelo pediatra, foi fechada a sonda e liberada dieta.

Dia 29/02 - Nutrição

Criança está tendo boa aceitação da dieta.

Sugere manter conduta.

Dia 29 - Médico

Anotação padrão, sem alterações

Dia 29 - Terapia Ocupacional

Criança não responde bem aos estímulos visuais e auditivos, não realiza fixação ocular nem acompanha os objetos mostrados.

Mantém boa sucção.

Dia 29/02

Anotação padrão da enfermagem

Criança acompanhada da tia

Dia 01/03 - Médico

Anotação padrão

Registra aumento de peso e regurgitação ocasional.

Mantém conduta.

Dia 01/03 - Enfermagem

Anota dados vitais, sem alterações

Acompanhada pela tia

Dia 02/03

Prescrição médica

Anotação padrão, sem alterações

Dia 02/03 - Enfermagem

Às 21h, Criança regurgita após dieta.

Continua acompanhada da tia.

#### **Dia 03/03 - Médico**

Registra que criança apresentou vários episódios de refluxo da dieta durante o atendimento.

Conduta: pede cintilografia e hemograma.

Dia 03/03 - Nutrição

Criança em recuperação nutricional

Refluxo freqüente

Registra que discutiu com a pediatra a manutenção do esquema de dieta.

Prescreve dieta.

Dia 03/03 - Enfermagem

Criança bem, acompanhada pela mãe

Continua apresentando regurgitação.

Dia 04/03 - Médico

Repete padrão de anotação.

Criança sem a mãe e sem intercorrências

Hipótese diagnóstica e conduta : mantidas

Dia 04/02 - Enfermagem

Criança sem alterações, exceto levemente dispnéica

Orienta acompanhante quanto ao posicionamento e à administração de dieta.

Dia 05/03 - Médico

Inicia com os dados registrados pela enfermagem.

Acompanhante não sabe informar sobre aceitação da dieta.

Sem alterações no exame físico

Impressão diagnóstica : RGE

Conduta mantida

Dia 05/03 - Enfermagem

Anotações padrão, sem alterações

Dia 07/03 - Médico

Anota dia de internação.

Criança tolerando bem a dieta

Taquipnéia leve

Conduta: mantida

Dia 07/03 - Enfermagem

Sem alterações

Dia 08/03 - Médico

Prescrição detalhada da médica de referência.

**Repete esquema padrão.**

Registra o pedido de cintilografia feito no dia 03/03.

Criança continua regurgitando intensamente, segundo a mãe.

Anota dados vitais verificados pela enfermagem.

Conduta: Pede avaliação da cirurgia pediátrica.

Dia 08/03 - Cirurgia pediátrica

Registra que foi chamada para avaliar criança de 3 meses com vômitos em jato desde o nascimento (segundo a mãe).

Sugere ultrassom para avaliar estenose hipertrófica do piloro.

09/03 - Enfermagem

Criança apresenta regurgitação após manipulação inadequada da mãe.

Dispnéia ao leve esforço

Dia 09/03 - Nutrição

Anota peso dos 4 dias que a criança foi pesada pela enfermagem.

**Criança com aumento de peso**

Sugere introduzir vitamina de frutas.

09/03 - Médico

## **Anotação padrão**

### **Conduta: observação**

Resultado do ultrassom: sem alterações, foi realizado em condições técnicas ruins.

Dia 09/03 - Enfermagem

Anotação padrão, sem alterações

Dia 10/03 - Médico

Anotação padrão

Criança recuperando o peso com medidas técnicas, porém sem efeito sobre regurgitação.

Registra anotações da enfermagem.

Cintilografia ainda no setor de avaliação e controle aguardando agendamento.

Dia 10/03 - Enfermagem

Criança em posição anti-refluxo, apresentou 2 episódios de regurgitação.

Dia 11/03 - Enfermagem

Anotação padrão

Criança regurgitou 2 vezes.

Dia 11/03 - Médico

23º dia de internação

Anotação sucinta

Sem alterações, exceto taquipnéia leve

Dia 11/03 - Enfermagem

Anotação padrão, sem alterações

Dia 12/03 - Médico

2º dia sem antibiótico

Anota registro da enfermagem.

1 episódio de vômito

Impressão diagnóstica e conduta: mantidas

Dia 13/03 - Nutrição

Anota os pesos.

Criança continua ganhando peso.

Sugere manter conduta anterior.

Prescreve dieta.

Dia 13/03 - Médico

25º dia de internação

Alta

Registra ganho de peso: 1 kg em 26 dias de internação.

Ainda não fez cintilografia, está agendada.

Exame físico: sem alterações

Diagnóstico: recuperação nutricional e refluxo gastroesofágico importante

Conduta: agenda consulta ambulatorial com cirurgia pediátrica.

“orientada a mãe exaustivamente para cuidado medicamentoso e nutricional”

Sumário de Alta:

No sumário de alta consta o seguinte: diagnóstico, resultado de exames, medicação utilizada, peso no momento da alta. Encaminhado para cirurgia pediátrica, continua aguardando cintilografia.

Dia 06/10/2000

## REINTERNAÇÃO

Admissão no Pronto-Socorro - paciente encaminhada pela desospitalização com quadro de diarreia há uma semana e febre há dois dias. Diz que está em acompanhamento na nutrição do Hospital há alguns meses“ (sic)”. Contexto social complicado (pais desempregados, 4 filhos).

História pregressa – criança teve sepse neonatal, ficou internada até o 17º dia de vida. Vacinação atrasada (não trouxe cartão, só recebeu vacina de campanha).

História familiar: mãe com 21 anos , G4, P4, A0 (gravidezes 4, partos 4 e aborto zero).

Pai, 26 anos, hígido

Exame físico: criança hipocorada, desidratada, muito desnutrida.

Aparelhos sem alterações

ID: Desnutrição grave

Diarreia aguda

Desidratação leve

Conduta: TRO

Observação Clínica

Dia 06/03 - Enfermagem

Registra as queixas da mãe devido à reinternação.

Descrição padrão (criança em leito com cabeceira elevada, afebril, eupnéica, desidratada, desnutrida)

Mantendo TRO – aceitando moderadamente

Sem acompanhante no momento

Dia 07/09 - Médico

Criança teve 6 episódios de vômito ontem.

Registra dados vitais e exame físico dos aparelhos.

Impressão diagnóstica: desnutrição primária

desnutrição secundária ao RGE (refluxo gastroesofágico)

enteroinfecção

Dia 07/10 - Enfermagem

Registro padrão, sem alterações

Dia 08/10 - Médico

3º dia de internação

Vômitos frequentes, 1 pico febril

Descrição dos aparelhos sem alteração

Conduta: mantida

Dia 08/10 - Enfermagem

Anotação padrão, sem alterações

Acompanhada pela mãe

Dia 09/10 - Nutrição

Anota os pesos com as respectivas idades da criança.

Desnutrição grave

Criança acompanhada pela desospitalização desde 27/09. Foi marcado controle anterior, mas mãe não compareceu.

Foi cadastrada no programa do leite, porém não pegava por não ter com quem deixar os filhos.

Condições sócio- econômicas precárias

Conduta: dieta hiperprotéica, hipercalórica e obstipante

Eu pergunto: foi feito algum contato com a UBS para que o caso fosse acompanhado e não voltasse a chegar a este ponto?

09/10 - Médico

Volta a ser assistido pela médica de referência.

Criança com 9 meses pesando 4.800gr.

Registra que criança eliminou vermes antes da atual internação, foi prescrito medicamento, médica questiona se foi administrado.

Febril no momento do exame

Registra sinais verificados pela enfermagem

Diagnóstico: desnutrição grave (marasmo)

RGE

Conduta: solicitou raio x e outros exames

Prescreve antibiótico e oxigênio.

Anota resultado de hemograma: leucocitose e anemia.

Dia 09/10 - Enfermagem

Início de O<sub>2</sub>, banho morno e compressa, iniciado antibiótico venoso.

Teve vômito.

Acompanhado pela mãe

Dia 09/10 - Médico (plantão noturno)

Criança brincando, sorridente

Abdome um pouco distendido

Conduta: mantida

Dia 10/10 - Nutricionista

Criança recusou alimento ontem, estava febril.

Hoje aparentemente melhor

Sem engasgos ou tosse

Melhora da diarreia

Obs: mãe com medo de dar dieta e criança aspirar.

Orienta dieta e posicionamento.

Dia 10/10 - Enfermagem

Criança aceita bem dieta.

Subfebril, mantendo acesso venoso

Acompanhada da mãe

10/10 - Médico

5º dia de internação

1º dia de antibiótico

Criança evoluindo com distensão abdominal e febre, fígado palpável

Conduta: suspensa próxima dieta, diminuir volume e espaço de intervalo entre as dietas.

Restante da conduta mantida

Dia 10/10 - Enfermagem

Criança aceitando pequena quantidade de dieta

Dia 11/10 - Enfermagem

“Segundo a mãe, criança aceita bem a dieta.

À noite teve vômito.

Dia 11/10 - Médico

6º dia de internação

Criança desnutrida grave

Pede exame de fezes

Conduta: mantém antibiótico

Dia 12/10 - Médico

Anotação minha: evolução muito sucinta, letra quase ilegível

Prescreve micronebulização e pede raio x de tórax.

Dia 13/10 - Enfermagem

Registro padrão, criança estável

Dia 13/10 - Médico

Médica de referência faz relato detalhado do caso.

Registra eliminação de áscaris anteriormente.

“Mãe é displicente e negligente”.

Criança evolui com febre alta.

Resultado do raio x : padrão intersticial

Registra dados vitais.

Impressão diagnóstica: enteroinfecção

Broncoespasmo (broncopneumonia)

Desnutrição

Anotação nossa - não há nenhum registro sobre abordagem feita com a mãe sobre sua conduta com a criança.

Dia 14/10 - Médico

Dia de internação

Dia de antibiótico

Registra toda a conduta em uso.

Criança estável

Dia 14/10 - Enfermagem

Criança em bom estado, aceitando bem a dieta.

Acompanhada pela mãe

Dia 15/10 - Médico

Anotação padrão

Conduta: mantida

Dia 15/10 - Enfermagem

Registro padrão

Dia 16/10 - Médico

Médica referência do caso (relato detalhado)

Dia de internação e dia de antibiótico

Melhora significativa do caso

Dia 16/10 - Enfermagem

Sem alterações

Dia 17/10 - Médico

Descrição detalhada da médica responsável.

Criança ganhou 555 gr. em 11 dias.

Anota resultado do hemograma.

Diagnóstico- enteroinfecção tratada

BCP(broncopneumonia) em tratamento

Conduta: pedido raio x e o restante mantido.

17/10 - Enfermagem

Criança evoluindo bem

À tarde sem acompanhante

À noite em companhia da mãe

Dia 18/10 - Médico

13º dia de internação e 9º de antibiótico

Registra dados verificados pela enfermagem.

Criança ativa, sorridente, com boa aceitação de dieta

Conduta: suspender antibiótico amanhã e alta a seguir.

EPF(exame parasitológico de fezes – áscaris

Conduta: MBZ (mebendazol)

18/10 - Enfermagem

Anotação padrão

19/10 - Médico

Anotação padrão

AR (ausculta respiratória) – broncoespasmo com sibilos

Conduta: micronebulização

Dia 19/10 - Enfermagem

Anotação padrão

Micronebulização de 3 em 3 horas

Em companhia da mãe

19/10 - Enfermagem (plantão noturno)

Criança teve pico febril (37,8°), o restante está normal.

Aceitou toda a dieta.

20/10 - Médico

Descrição detalhada do caso: peso, ganho ponderal, ativa, reativa, sorridente, apetite voraz.

Anotou dados vitais verificados pela enfermagem, inclusive o pico febril, porém não fez nenhum comentário a respeito.

Conduta: alta

Solicita acompanhamento pela desospitalização e nutricionista.

20/10 - Nutricionista

Criança desnutrida em recuperação

Reforça orientação nutricional.

Observações: recebe leite do programa;

hortaliças compradas pela avó;

quando tem diarreia mãe suspende dieta, orientada para manutenção da dieta

+ soro + dieta obstipante.

20/10 - Enfermagem

Criança saiu de alta em companhia da mãe.