



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FLÁVIA VIDOTTI FRAGOSO

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA NO HOSPITAL GERAL:
LIMITES E POTENCIALIDADES

CAMPINAS

2024

FLÁVIA VIDOTTI FRAGOSO

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA NO HOSPITAL GERAL:
LIMITES E POTENCIALIDADES

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR RUBENS BEDRIKOW

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F842c Fragoso, Flávia Vidotti, 1988-
Clínica ampliada e compartilhada no hospital geral : limites e potencialidades / Flávia Vidotti Fragoso. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Rubens Bedrikow.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção à saúde. 2. Assistência hospitalar. 3. Humanização da assistência. 4. Pessoal de saúde. I. Bedrikow, Rubens, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Expanded and shared clinical care in the general hospital : limits and potentialities

Palavras-chave em inglês:

Delivery of health care

Hospital care

Humanization of assistance

Health personnel

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Rubens Bedrikow [Orientador]

Henriette Tognetti Penha Morato

Sabrina Helena Ferigato

Data de defesa: 28-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-7545-7062>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6518042789805090>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FLÁVIA VIDOTTI FRAGOSO

ORIENTADOR: PROF DR RUBENS BEDRIKOW

MEMBROS

- 1. PROF DR RUBENS BEDRIKOW - Presidente da Comissão Examinadora**
- 2. PROFA. DRA. HENRIETTE TOGNETTI PENHA MORATO - Titular**
- 3. PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO - Titular**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data da defesa: 28/02/2024

Agradecimentos

Aos meus pais, Clarice e Antonio Miguel, que desde cedo me ensinaram a valorizar os estudos e são meu porto seguro.

Ao meu companheiro Yago, que me apoia em todas as minhas invenções e sobrevive comigo a todas elas.

Aos meus gatos, por sentarem no notebook indicando que era hora de uma pausa.

Aos meus amigos da vida, das formações, do mestrado e dos trabalhos, que bom ter vocês para me ajudar a chegar até aqui.

Ao hospital no qual a pesquisa foi realizada e principalmente aos colegas de trabalho participantes, pelas trocas e disponibilidade essenciais à realização desta tarefa.

Aos pacientes que atendi na instituição hospitalar, que embora não tenham suas vozes registradas nesta pesquisa, são a motivação para a sua realização.

Ao professor orientador, pela compreensão de todas as dificuldades envolvidas em realizar um mestrado na pandemia e pelo estímulo à sua conclusão.

Aos participantes da banca examinadora, pela generosidade em sua avaliação e pela oportunidade de refinamento deste trabalho.

A toda a equipe da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que nos acolhe e nos dá condições para seguir.

Resumo

Este trabalho de pesquisa qualitativa teve como objetivo analisar o exercício da clínica ampliada e compartilhada em hospital geral público em região periférica de um grande centro urbano brasileiro. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com 15 profissionais de saúde atuantes na assistência das enfermarias de pacientes adultos da instituição hospitalar. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo, com o estabelecimento das seguintes unidades de análise a posteriori: concepções sobre clínica ampliada e compartilhada; comunicação e tomada de decisões; articulação do hospital com a rede; percepção de satisfação; sugestão de temas para atividade educativa e, finalmente, estratégias de intervenção. A comunicação, em suas diversas facetas, foi um dos principais elementos potencializadores da clínica ampliada. Já os entraves na comunicação, assim como restrições de ordem material, foram identificados como importantes fatores limitantes. Como produto técnico, foi criada uma cartilha com questões orientadoras para auxiliar profissionais de saúde a ampliar e compartilhar a clínica em seu trabalho.

Descritores: atenção à saúde; assistência hospitalar; humanização da assistência; pessoal de saúde.

Abstract

This qualitative research aimed to analyze the practice of expanded and shared clinical care in a public general hospital in the peripheral region of a large Brazilian urban center. Semi-structured individual interviews were conducted with 15 healthcare professionals working in the adult patient wards of the hospital. The interviews were audio-recorded, transcribed, and analyzed using the content analysis method, establishing the following units of analysis a posteriori: conceptions of expanded and shared clinical care; communication and decision-making; hospital network coordination; satisfaction perception; suggestions for educational activities; and, finally, intervention strategies. Communication, in its various facets, emerged as one of the main enhancers of expanded clinical care. Barriers in communication, as well as material constraints, were identified as significant limiting factors. As a technical product, a booklet with guiding questions was created to assist healthcare professionals in expanding and sharing clinical care in their work.

Descriptors: Delivery of Health Care; hospital care; Humanization of Assistance; Health personnel;

Sumário

Agradecimentos	5
Resumo	6
Abstract	7
Sumário	8
1 Apresentação	10
2 Introdução	12
3 Justificativa	17
4 Objetivos	19
4.1 Objetivo geral	19
4.2 Objetivos específicos	19
4.3 Objetivo do produto técnico	19
5 Análise de Implicação	20
6 Metodologia proposta	22
6.1 Local de realização da pesquisa	25
6.2 Participantes	27
6.3 Identificação da amostra	28
6.4 O roteiro de entrevista	30
7 Metodologia de análise dos resultados	32
8 Resultados e discussão	34
8.1 Concepções sobre clínica ampliada e compartilhada: reconhecimentos iniciais de seus limites e potencialidades	34
8.2 Comunicação e tomada de decisões	40
8.2.1 Decisões sobre o tratamento	42
8.2.2 Comunicação das equipes com pacientes e familiares	47
8.2.3 Comunicação entre a equipe	51
8.2.4 Comunicação entre a equipe assistencial e a gestão	57
8.3 Articulação do hospital com a rede	59
8.4 Percepção de satisfação	66
8.5 Sugestão de temas para atividade educativa	77
8.6 Estratégias de intervenção	80
9 Considerações finais	83
10 Referências	88
11 Apêndices	90
11.1 Roteiro de Entrevista	90
11.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

11.3 Produto técnico	96
12 Anexos	99
12.1 Parecer do Comitê de Ética da Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	99
12.2 Parecer do Comitê de Ética da Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas	103

1 Apresentação

O que leva alguém a procurar um mestrado?

Muito provavelmente, entre fatores profissionais e pessoais, não existe uma única resposta possível. Há, sim, desejos que se entrecruzam e que devem formar uma rede, com seus furos e também com apoios externos, mas uma rede capaz de sustentar essa missão a que nos propomos, e que, por algum tempo, se mistura ao caos da vida.

Estudar, buscar nos livros respostas para o mundo, sempre foi minha forma preferida de lidar com a complexidade de algumas questões. Foi assim que optei por fazer faculdade de psicologia e, nessa área, me especializar no trabalho hospitalar. Junto às atividades assistenciais, busquei também colaborar com a caminhada de outras pessoas em formação. E assim tive experiências como supervisora de estágio em psicologia hospitalar, preceptora de residência multiprofissional e docente em cursos de extensão em psicologia hospitalar.

Dentro deste universo, foi principalmente no trabalho no SUS que me constituí como profissional e, inevitavelmente, como pessoa. Muito me interessava trabalhar em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Além disso, em comparação às unidades privadas, me atraía a possibilidade de estar inserida em um contexto no qual a saúde era vista como um direito, não como mercadoria. Um pouco ingênua, devo admitir. Em algum tempo perceberia na pele que, ainda que os serviços públicos ofereçam atendimento com uma gratuidade baseada em impostos, as questões econômicas não cessam de interferir na rotina de produção de cuidados.

Com o tempo, o trabalho foi perdendo o contorno de sonho realizado e ganhando ares de *burnout* e outros sofrimentos, em uma trajetória repetida à exaustão por tantos profissionais de saúde. Novamente, apostei nos estudos como uma forma de encontrar uma saída para mim e para as questões que me incomodavam em relação à assistência hospitalar. Assim, no final de 2020, o

primeiro ano da pandemia, me inscrevi no processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde.

O interesse por um mestrado profissional, em particular, deu-se pela necessidade de encontrar um espaço que valorizasse o aluno trabalhador, e não percebesse a vida profissional como impeditiva para a vida acadêmica. Já aprovada, iniciou-se o exercício de trabalhar no hospital e, ao mesmo tempo, estudá-lo. Se já me compreendia como profissional da saúde, nesta experiência foi também preciso construir algum esboço de identidade de pesquisadora.

Em 2022, uma mudança importante: deixei o SUS e passei a trabalhar no SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Ainda que atualmente minha identidade profissional seja de “técnica da assistência social”, admito que sigo me percebendo como profissional de saúde e busco produzir cuidado em diferentes contextos. O desenvolvimento da pesquisa entrou em modo de espera por um tempo, enquanto passava por ajustes e adaptações a nova casa, cidade e trabalho. Agora, passaria a pensar o hospital já sem estar nele, o que implicou em mudanças práticas devido ao distanciamento físico do local, mas também em alguma tranquilidade advinda do desligamento de um ambiente que era fonte de sofrimento. De certa forma, com a distância veio também um resgate da capacidade de pensar.

Seguimos, e em meados de 2023 aconteceu o exame de Qualificação. Com um misto de tensão e alegria, pude compartilhar o trabalho com a banca, que muito afetuosa e generosamente apontou caminhos para a melhoria e finalização deste trabalho. Uma das alterações indicadas e acatadas foi o complemento da expressão “clínica ampliada” por “clínica ampliada e compartilhada”, dada a necessidade de enfatizar a proposta de compartilhamento, de construção coletiva atrelada a esta forma de produção de cuidado. O termo reduzido foi mantido apenas no questionário e no termo de consentimento, pois reflete a realidade do que foi efetivamente utilizado no contato com os participantes.

Por todo o caminho, me acompanhou a nada linear tarefa de pesquisa e escrita. O texto que se segue é uma tentativa de cumprir dois objetivos, para além daqueles formais explicitados no corpo do trabalho: elaborar a experiência de ter atuado como psicóloga em um dos maiores hospitais municipais da cidade de São Paulo e, a partir disso, produzir e compartilhar reflexões que possam também servir de apoio para o percurso de outros estudantes e profissionais.

2 Introdução

A partir de sua fundação, a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS exigiu o resgate ou a elaboração de conceitos para que outros modos de assistência à saúde pudessem ser de fato ofertados à população. Aqui, destacaremos os conceitos de integralidade, redes de atenção à saúde e clínica ampliada e compartilhada, com foco na assistência hospitalar.

O princípio da integralidade refere-se tanto à garantia de acesso contínuo às ações de saúde nos diferentes níveis de complexidade quanto à compreensão integral do ser humano em suas necessidades biopsicossociais (1). Assim, a perspectiva do atendimento integral coloca questionamentos para a assistência e gestão hospitalar. Cecílio e Merhy (2) apontam que o cuidado integral pode ser compreendido em duas dimensões: a da somatória de cuidados prestados por diferentes profissionais ao paciente, com o objetivo de atendê-lo em todas as suas necessidades; e o do hospital inserido em uma rede, como parte de uma linha de cuidados, de um caminho que o paciente percorre antes e depois de sua internação.

Em relação à multidisciplinaridade para o exercício do cuidado integral no hospital, os autores (2) assinalam o quanto as relações entre as categorias profissionais são frequentemente um campo hierarquizado e de disputas, que reproduzem um modelo fragmentado de assistência, na lógica da especialização, e colocam entraves para a construção coletiva do cuidado. Por isso, apostam em modelos diversificados de gestão de equipes e setores para o aprimoramento desse aspecto da integralidade e, por consequência, da atenção prestada ao usuário.

Os autores entendem, ainda, que a integralidade precisa ser compreendida enquanto conceito transversal, ou seja, que atravessa todos os pontos da rede de atenção à saúde. Rede esta que, longe de ser um sistema fluido e de funcionamento completamente explícito, mostra-se como uma

rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma

desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam (2).

Neste modelo de funcionamento em rede, o hospital continuaria sendo uma referência nas situações de alta complexidade e principalmente um local privilegiado para a construção de uma assistência que não se esgote no período de permanência na instituição, mas que se configure como uma linha de cuidado articulada aos demais serviços de que o paciente necessite. Para isso, faz-se necessária a construção efetiva de uma rede intersetorial e interprofissional, com aproximação dos profissionais e serviços e com a realização de encaminhamentos implicados, que não se resume apenas ao fornecimento de um impresso com instruções ao paciente, mas que engloba também a construção do sentido do encaminhamento com o usuário e do compartilhamento de informações e atendimentos com esses outros pontos da rede.

A necessidade de reforma da instituição hospitalar e de sua integração efetiva nas redes de atenção à saúde é trabalhada também por Mendes (3), que defende que as redes surgem como forma de sustentação das políticas públicas e em oposição a um modelo fragmentado e hospitalocêntrico de cuidado. O autor destaca a pertinência da articulação de redes em contextos sociais complexos para a formação de vínculos entre os diferentes setores, com vistas à melhoria do cuidado e diminuição de custos. Nesse modelo, os hospitais são compreendidos como pontos da rede, e assim devem estar integrados a ela e articulados aos demais pontos de atenção à saúde. Sua função permaneceria a de cuidado às urgências e emergências, mas também teria responsabilidade pela desospitalização do paciente e garantia de continuidade da assistência.

Se apontamos possíveis mudanças na gestão hospitalar como forma de aprimorar a assistência, cabe destacar também quais questionamentos tais mudanças colocam para o exercício da clínica. Ressalta-se que, embora tais propostas possam ser inicialmente tomadas como mais trabalhosas do que o modelo atual, seu objetivo é justamente organizar a assistência, de forma que o hospital possa afastar-se de uma rotina de atendimento “queixa-conduta”, que em muito o sobrecarrega e se mostra pouco eficaz na melhoria da saúde da população.

Campos (4) discorre sobre três possibilidades de apresentação da Clínica: a Oficial, a Degradada e a Ampliada (ou do Sujeito). A Clínica Oficial seria aquela mais imediatamente associada à ciência, ao saber técnico que se estabelece como sistema de referência. A Clínica Degradada refere-se às condições externas que limitam a Clínica Oficial, sejam elas interesses econômicos ou as políticas de saúde da época. Por fim, a Clínica Ampliada, que propõe uma reformulação do trabalho em saúde, com ampliação do objeto de trabalho, meios de intervenção e avaliação dos resultados. Há uma aposta no aprofundamento da compreensão a respeito do sujeito adoecido e do contexto de vida em que está inserido, além do compartilhamento de informações e decisões entre equipes e comunidades atendidas. A Clínica Ampliada exige o deslocamento do olhar clínico da doença para o doente e faz frente a um modelo exclusivamente biológico e hospitalocêntrico de assistência. A proposta da clínica ampliada e compartilhada, embora voltada para a melhoria da assistência, da satisfação dos usuários e da realização dos profissionais, não se afina a teorias administrativas, tayloristas, de uma lógica gestonária das instituições, mas está sim fundamentada em uma concepção de ética e democracia na produção de saúde (5).

O conceito de clínica ampliada e compartilhada é apresentado também como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, estabelecida em 2003, que aposta no aprofundamento da compreensão a respeito do sujeito adoecido e do contexto de vida em que está inserido, além do compartilhamento de informações e decisões entre equipes e comunidades atendidas (1). Na Política Nacional de Atenção Hospitalar (6), a clínica ampliada é definida de maneira semelhante, como um

dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença (Art. 5º, inciso VI).

A Política Nacional de Humanização (PHN) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar são de especial relevância para o escopo deste trabalho. Ambas trazem diretrizes para o funcionamento dos serviços de saúde, baseadas nas proposições iniciais do Sistema Único de Saúde. Especificamente, encontram-se nesses documentos propostas para mudanças na atenção hospitalar, quanto ao posicionamento do hospital na rede de atenção à saúde e as relações entre profissionais e usuários na prestação de cuidados.

A PNH propõe alguns parâmetros para a implementação de ações de humanização no contexto hospitalar, como a garantia de continuidade da assistência, o provimento de cuidado integral, a articulação com a rede de serviços do território e o estabelecimento de equipes multiprofissionais de referência (1). Os sentidos da humanização na saúde e suas expressões nas práticas profissionais, tanto no ambiente hospitalar quanto em outros níveis de atenção, são temas amplamente debatidos (7–10). Os autores trazem questionamentos sobre a fundamentação teórica do campo da humanização e os limites e potencialidades de sua prática nos serviços públicos de saúde, tendo em vista a melhoria da assistência prestada aos usuários, entre outros objetivos.

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Hospitalar utiliza-se de diversos termos advindos da PNH, como visita aberta, plano terapêutico singular, acolhimento, classificação de risco, entre outros. No eixo da assistência, reforça a necessidade de que o hospital atue de forma integrada aos demais pontos das redes de atenção à saúde e que se organize em equipes multiprofissionais de referência, de modo que promova o cuidado integral, na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada.

Fazer clínica ampliada e compartilhada no hospital exige, portanto, mudanças no âmbito assistencial e gerencial. Campos e Amaral (11) detalham

medidas para a operacionalização desse conceito e expõem alguns de seus principais entraves. Entre as dificuldades, encontram-se a própria precarização dos serviços de saúde, que degradam a clínica tanto para usuários quanto para os profissionais. Além de modificações em aspectos da gestão, os autores sugerem ações diretamente relacionadas à assistência, principal escopo deste trabalho.

Para estes autores, o conceito de clínica ampliada e compartilhada pode ser organizador da assistência e contribuir para que se ultrapasse um modelo fragmentado de atenção à saúde. A primeira mudança necessária seria a compreensão do usuário enquanto sujeito e a integração de seus aspectos biopsicossociais ao cuidado, com vistas à produção de autonomia a partir da educação da população e fortalecimento de sua capacidade de autocuidado. Isso exige uma ampliação também do tipo de cuidado que se oferece: a doença não mais poderá ser tratada apenas com um arsenal farmacológico, mas sim com uma equipe multiprofissional de apoio. A equipe deverá também estar integrada e desenvolver habilidades de comunicação e compartilhamento de casos, para que não reproduza um modelo fragmentado de atenção.

Nota-se que o conceito de clínica ampliada e compartilhada está fortemente associado à Saúde Mental e a Atenção Básica, campos que sofreram reformulações conceituais, técnicas e jurídicas a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária (12,13). Com a Política Nacional da Atenção Básica, esse ponto da assistência ficou estabelecido como ordenador do cuidado nas redes de atenção em oposição ao histórico modelo hospitalocêntrico. Ferreira Neto (14) destaca que na atenção básica as tecnologias relacionais são a principal ferramenta de produção de cuidado, em oposição às tecnologias especializadas dos hospitais. Ainda que tal polarização sirva a fins didáticos, cabe destacar e explorar o papel que outras formas de produção de cuidado podem ter dentro do ambiente hospitalar.

3 Justificativa

O modelo hospitalocêntrico de assistência sofre diversas críticas e recebe inúmeras propostas de reformulação, já mencionadas anteriormente. Retomando Cecílio e Merhy (2), a proposta de melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais públicos é, em sua essência, um posicionamento político atrelado a um projeto para a sociedade brasileira, com a defesa dos direitos da população e garantias para a existência do SUS. Nesse sentido, vale destacar a importância de explorar a clínica ampliada e compartilhada na atenção hospitalar, dado que é um tema ainda concentrado na atenção básica e em saúde mental. Além disso, esta pesquisa está voltada para as percepções dos profissionais de saúde quanto ao tema, área que, de acordo com Knauth e Leal (15), também é defasada:

Em termos de produção de conhecimento, precisamos, ainda, de mais estudos que se debrucem sobre os modos de formulação e vulgarização do pensamento e das categorias médicas. Dispomos de poucos trabalhos que tomam os próprios profissionais da saúde, ou ainda o processo de formação do raciocínio profissional (em sua diversidade, que vai do clínico ao burocrata, por exemplo), como objeto de investigação (15).

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Analisar o exercício da clínica ampliada e compartilhada em enfermarias de hospital geral público da zona leste da cidade de São Paulo/SP.

4.2 Objetivos específicos

- Contextualizar o conceito de clínica ampliada e compartilhada, seu desenvolvimento e incorporação em políticas públicas de saúde.
- Analisar a percepção de profissionais de saúde atuantes na instituição a respeito do exercício de sua clínica e de elementos que caracterizam a clínica ampliada e compartilhada.
- Identificar elementos que limitam ou facilitam o exercício da clínica ampliada e compartilhada em enfermarias do hospital geral.

4.3 Objetivo do produto técnico

Instrumentalizar profissionais da equipe multiprofissional de instituições hospitalares para a organização do trabalho na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, por meio de cartilha com questões orientadoras.

5 Análise de Implicação

Britto Jr. e Feres Jr. (16) alertam para a necessidade de que o pesquisador, antes do momento da coleta de dados, atente-se para o contexto em que a pesquisa se desenvolve, tanto no que se refere ao tema abordado, quanto aos atravessamentos culturais, sociais e históricos que permeiam os dados.

Duarte (17) comenta possíveis dificuldades quando o pesquisador se dispõe a pesquisar sua própria comunidade. Este seria o caso deste trabalho, dado que era psicóloga atuante na instituição em que este trabalho foi realizado. Quanto a isso, Duarte ressalta a importância de estar atento a um necessário distanciamento do relato dos interlocutores, mediado pelo referencial teórico e metodológico, e a admissão de que a subjetividade do investigador está inevitavelmente atrelada à produção final.

Passemos, então, a um momento de explicitação do posicionamento desta investigadora frente a sua prática profissional e à pesquisa. Comecei a trabalhar na instituição em que a pesquisa foi realizada no fim de 2014, mas desde a graduação, em 2010, já atuava em hospitais. Este Mestrado Profissional teve início em 2021 e as entrevistas desta pesquisa aconteceram no início de 2022. Até a coleta de dados foram, portanto, quase oito anos de atuação como psicóloga hospitalar apenas naquele local, em alguns períodos como referência de diferentes setores de internação, e àquela época como profissional de interconsulta. Além da prática assistencial, estive envolvida com atividades de formação, como preceptora da Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e como supervisora de estágios em psicologia hospitalar. Tive passagens também por comissões e grupos de trabalho, como o Grupo de Trabalho em Humanização.

Mais do que apresentar um currículo resumido, o objetivo ao elencar esse histórico é mostrar meu envolvimento com a psicologia hospitalar e o conhecimento das rotinas institucionais e suas dinâmicas relacionais. Pessoalmente e profissionalmente, aquela realidade de trabalho era tudo o que eu conhecia.

Esse profundo envolvimento com o tema e a instituição pesquisada orientou certas escolhas metodológicas, como a opção por entrevistas e a formação da amostra intencional de participantes. Além disso, as reflexões construídas ao longo de anos de prática e estudo puderam contribuir para a elaboração de uma discussão mais aprofundada do tema. Concomitantemente, foi preciso fazer o exercício de olhar com algum estranhamento para aquilo que me era familiar. Não seria ético ou produtivo realizar todo o processo de pesquisa apenas para ter corroborada as minhas visões. Em meio ao conhecido, foi preciso abrir espaço para as surpresas, para legitimamente ouvir os entrevistados e não destacar apenas as falas com as quais me identificava.

Assim como há alguns anos havia tido o desejo de atuar em um hospital do SUS, cultivava há algum tempo o desejo de sair deste trabalho. Infelizmente, estava desgastada, imersa em uma situação produtora de *burnout* e lidava com um sofrimento no qual era quase impossível a realização da tarefa profissional. Especificamente quanto à autorização para a pesquisa, para além das burocracias que fazem parte do processo, cabe destacar que não houve dificuldades formais para a realização deste trabalho na instituição.

Logo após o término da fase de transcrição das entrevistas, fui convocada por um outro concurso público e deixei o hospital, a área da Saúde e a cidade para atuar em um serviço da Assistência Social no interior do estado de São Paulo.

A análise dos dados, a qualificação e a finalização do processo ocorreram, portanto, após um distanciamento físico e mudança de área de trabalho. Foram necessários ajustes como, por exemplo, repensar o produto técnico para algo que não implicasse na minha presença física na instituição pesquisada. Mas, mais do que as questões práticas, o distanciamento permitiu a produção de conhecimento sobre a clínica ampliada e compartilhada no hospital e a retomada da capacidade de imaginar novos caminhos para o SUS.

6 Metodologia proposta

Minayo (18), ao discutir trabalhos acadêmicos que integram as ciências sociais e humanas com o campo da saúde coletiva, propõe uma classificação das produções analisadas, de acordo com o assunto a que se dedicam. Este projeto de pesquisa poderia ser compreendido, sob esta ótica, como um trabalho que interpreta as atividades humanas no campo da saúde e que se refere às relações sociais, de poder e aos profissionais dentro do campo da saúde. A autora defende ainda que:

Do ponto de vista dos conteúdos, é possível dizer que qualquer tema de saúde é também assunto das ciências sociais e humanas, uma vez que todos dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam e ao que a sociedade e o setor fazem para gerenciá-los (18).

Neste sentido, este é um trabalho de pesquisa qualitativa que procura compreender as percepções de profissionais de saúde de uma unidade hospitalar a respeito de seu processo de trabalho, destacando limites e potencialidades para o exercício da clínica ampliada e compartilhada em sua atuação. Para atingir o objetivo descrito, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde.

Para Duarte (19),

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se

estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (19).

Aqui, a opção por este instrumento de pesquisa se dá pela sua capacidade de fornecer dados e informações que não se encontram apenas na observação do campo e na pesquisa bibliográfica e documental¹⁸. Além disso, leva-se em consideração aspectos práticos e de adequação ao contexto: o acesso aos profissionais será facilitado com a proposta de entrevistas individuais, tanto pela maior flexibilidade de agendamento quanto pela segurança do profissional em expor suas percepções para a pesquisadora com garantia de sigilo. Algumas outras vantagens do uso da entrevista, de acordo com os mesmos autores, são: a possibilidade de se obter grande riqueza informativa; a flexibilidade do instrumento, que pode ser adaptado de acordo com o andamento dos encontros, inclusive com esclarecimentos durante a própria entrevista, e a taxa de resposta elevada (16).

Minayo e Costa (20) definem entrevista como

a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico. Constitui-se como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a determinado objeto de investigação (20).

Tal construção de informações é possível mediante o uso da entrevista porque, ainda de acordo com a autora, essa técnica permite acessar a percepção do indivíduo “em relação à realidade que vivencia e sobre sua própria situação.”

Quanto aos tipos de entrevista, optamos aqui pela semiestruturada, definida por Minayo e Costa (20) como aquela que

combina um roteiro com questões previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados. (...) Essa modalidade difere do tipo aberta, por obedecer a um guia que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador na interlocução. Por ter um apoio claro na sequência ordenada de um roteiro, a abordagem dos entrevistados é assegurada, sobretudo, aos investigadores menos experientes, para que tenham suas hipóteses

ou pressupostos contemplados numa espécie de conversa com finalidade. No entanto, os que assim trabalham correm o sério risco de não inovarem e de apenas obterem respostas a seus questionamentos, quando não dão margem para ouvir, de forma livre, as relevâncias dos interlocutores em campo (20).

Para além de outras vantagens já mencionadas sobre o uso da entrevista, cabe aqui destacar que a opção pela entrevista semiestruturada passa, como apontado no trecho acima, pela inexperiência da pesquisadora em busca de um instrumento de pesquisa que trouxesse algum respaldo para a condução do encontro com os participantes. Mas, além disso, a opção se deu também pelo conhecimento prévio da pesquisadora a respeito de características do funcionamento da instituição e de suas dinâmicas relacionais, conforme o detalhamento a seguir.

Em um trabalho que se propõe a discutir um dispositivo de produção de cuidado de natureza coletiva e partilhada, poderia ser discutida a ironia de se optar por uma técnica de investigação que se dá em encontros individuais e não em grupo. Neste ponto, destaca-se que a pesquisa aborda também os limites da produção da clínica ampliada, e a dificuldade para a ocorrência de encontros grupais na instituição é um deles. Não se afirma isso como uma antecipação dos resultados da pesquisa, mas sim como uma observação da pesquisadora que não era estranha àquele ambiente, mas trabalhadora daquela instituição há quase uma década. Até o momento da pesquisa, a experiência é a de que as iniciativas de encontros grupais encontram diversas dificuldades, desde o espaço físico adequado até a liberação dos profissionais para a participação e a conciliação de agendas. Ainda que já existissem experiências de atividades em grupo em contextos diversos na instituição, a observação é de que tais atividades ocorriam principalmente por convocação das chefias, mais do que apenas por um convite, e ainda não estavam naturalizadas na rotina institucional. Além disso, ainda que a discussão em grupo sobre o processo de trabalho pudesse ter sido produtora de reflexões coletivas de interesse e importância, poderia ser também produtora de tensões e hostilidades de difícil manejo pela pesquisadora.

Assim, tanto por questões metodológicas quanto por questões de histórico e contexto, optou-se pela realização de entrevistas individuais.

6.1 Local de realização da pesquisa

A coleta de dados aconteceu em um hospital de grande porte e alta complexidade situado em região periférica da populosa zona leste da cidade de São Paulo/SP. Atualmente o hospital é um dos maiores receptores do SAMU do município e é referência em atendimento de urgência e emergência. A instituição está sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, mas conta também com setores sob responsabilidade de Organizações Sociais da Saúde. Esta unidade hospitalar está dividida nos seguintes setores de internação: Pronto Socorro, UTI Adulto e UTI Neurológica, Unidade Materno Infantil e UTI Neonatal, Pediatria e UTI Pediátrica, Neurocirurgia e Ortopedia, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. Algumas áreas também executam ambulatório para pacientes egressos, como Neurocirurgia, Ortopedia, Amamentação, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Além das áreas clínicas, o hospital conta também com seus setores administrativos, comissões e grupos de trabalho, assim como alguns projetos temáticos, tanto internos quanto em parceria com outras instituições. Entre outros, destacamos aqui a Qualidade e Segurança do Paciente, Educação Permanente, Núcleo de Prevenção da Violência e Grupo de Trabalho de Humanização, sendo que a pesquisadora já foi participante deste último.

É frequente que algumas dessas iniciativas contem com equipes reduzidas ou profissionais que dividem sua participação com atividades assistenciais, o que pode dificultar a realização da tarefa. Ainda assim, e ainda que o trabalho em algumas comissões possa ser cíclico, com períodos de maior destaque e produtividade e outros de esvaziamento, observa-se que existe uma preocupação institucional com a temática da melhoria da assistência e a aposta de que tais iniciativas, ainda que por vezes intermitentes, possam deixar marcas ou sustentar mudanças maiores.

Como exemplo de projeto realizado em parceria com instituições externas, destacamos a adesão do hospital, por meio da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, ao *Projeto Lean nas Emergências*, desenvolvido por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi/SUS) e executado em parceria com o Hospital Sírio Libanês, com o objetivo de reduzir a superlotação das urgências e emergências dos hospitais municipais.

O cotidiano do Lean exigia a realização de dois *huddles* diários, ou seja, duas reuniões breves com representantes das equipes do Pronto Socorro para a passagem dos casos e resolução de pendências, além de reuniões específicas das lideranças. Foge ao escopo dessa pesquisa uma análise sobre a realização e resultados desse projeto. Mas cabe mencionar, como pesquisadora e profissional assistencial que participava dos *huddles*, que apesar das dificuldades as reuniões eram um espaço de encontro garantido que obrigava ao compartilhamento de informações sobre o processo de trabalho e a reflexões grupais sobre fluxos institucionais e solução de problemas.

Uma ação de especial relevância que estava em andamento durante a realização da pesquisa era o programa de alta qualificada, a princípio concentrado na enfermaria da Clínica Médica. Esta ação era um foco da diretoria e incluía a realização de visitas multiprofissionais na enfermaria para favorecer o andamento dos casos e a articulação do hospital com demais serviços de saúde do território, de modo a facilitar a continuidade do cuidado do paciente após a alta hospitalar e minimizar as interrupções de tratamento por dificuldades de acesso ou falhas na comunicação

Vale destacar que este não é um trabalho de avaliação institucional. Sendo assim, a descrição do local de realização da pesquisa serve ao propósito de contextualizar e dar materialidade às falas e à análise. Mas o intuito é de que as conclusões possam ser extrapoladas para outros contextos semelhantes e não ser compreendidas como críticas direcionadas especificamente à instituição pesquisada.

6.2 Participantes

O convite para participação foi feito aos profissionais de saúde das enfermarias de pacientes adultos (Neurocirurgia e Ortopedia, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica) da instituição hospitalar na qual a pesquisa foi realizada, independentemente do tipo de vínculo com a instituição (estatutários, celetistas terceirizados, residentes bolsistas). Optou-se por não incluir no estudo os profissionais das unidades de urgência e emergência, nem aqueles de setores exclusivos da neonatologia, pediatria e ginecologia, pela especificidade desses

campos que poderiam trazer elementos muito próprios à análise. Apesar das enfermarias selecionadas também terem suas peculiaridades, observa-se que no cotidiano da instituição há uma circulação de pacientes e profissionais entre esses setores, com certas características em comum. Não foram convidados os profissionais que atuavam exclusivamente em funções administrativas, de gestão hospitalar ou outras funções que não incluíam a assistência aos pacientes e seus familiares. Além disso, a participação na pesquisa estava atrelada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e à disponibilidade do profissional.

A opção por profissionais assistenciais deu-se pelo desejo de conhecer as percepções justamente daqueles que estão na ponta da prestação de cuidados, daqueles que são executores da tarefa institucional e que estão em contato direto com os usuários. Não se ignora a importância e a participação na produção do cuidado por outros atores institucionais, como a gestão e os próprios pacientes e familiares. Este é apenas o recorte desta pesquisa, que pode ser ampliado em outros trabalhos.

Nota-se, portanto, que houve a construção de uma amostra intencional: os participantes foram convidados individualmente, não houve uma ampla divulgação da pesquisa na instituição para captar qualquer pessoa interessada em participar. Novamente, esta opção metodológica baseou-se no conhecimento prévio da pesquisadora sobre características institucionais, dado que, como já mencionado, era também trabalhadora daquele local há alguns anos. Na época, a atuação enquanto psicóloga hospitalar se dava por meio de interconsulta, ou seja, a profissional não era referência de nenhum setor específico, mas recebia pedidos de atendimento das diversas enfermarias. Essa circulação pelas diversas áreas do hospital, somada ao tempo de atuação, permitiu a criação de vínculos com os colegas e a identificação daqueles que possivelmente teriam mais abertura para a participação na pesquisa. A partir dos primeiros aceites, foram pedidas sugestões aos participantes para a indicação de outros colegas que também poderiam manifestar interesse e disponibilidade.

Observa-se que este é um viés da pesquisa, pois as pessoas participantes já poderiam ser mais sensíveis à temática da clínica ampliada, ou podem ter aceitado participar por uma relação pessoal positiva com a pesquisadora. Sem dúvida, seria interessante, caso possível, conhecer também a experiência de

profissionais já menos comunicativos, mais identificados com um modelo biomédico de produção de cuidado e mais resistentes ao trabalho em equipe. Porém, admite-se também que a abordagem de tais profissionais e a condução da entrevista, caso aceita, por uma pesquisadora iniciante que dividia a produção do trabalho cotidiano com esses colegas, seria notadamente mais difícil do que o que foi realizado.

Como era esperado devido à rotina hospitalar, muitos combinados de horários e alguns reajustes foram necessários para que os profissionais pudessem se ausentar de suas tarefas pela duração das entrevistas. Logo nos primeiros contatos, foi observada uma preocupação importante com a maneira como seriam divulgados os resultados. Por isso, procuramos reforçar medidas que pudessem tranquilizar os participantes e preservar o sigilo, como é seu direito. Por exemplo, não foi convidada a pessoa representante da Fonoaudiologia, pois à época das entrevistas ela era a única que atuava nas enfermarias pesquisadas e, assim, não seria possível garantir seu anonimato.

Todas estas características mencionadas, entre outras, são levadas em consideração no momento da análise dos dados.

6.3 Identificação da amostra

Ao todo, participaram 15 profissionais, que representaram diferentes categorias profissionais e diferentes setores assistenciais. Apesar do número absoluto aparentemente reduzido em comparação à totalidade de profissionais atuantes no hospital, entende-se aqui que não se trata de uma amostragem numérica, mas de uma amostragem por pertencimento. Isto é, os participantes representam não só a si próprios, individualmente, mas também a outros profissionais de saúde, membros da comunidade a que pertencem. No caso, a comunidade a que se refere é a de profissionais de saúde assistenciais, que atuam em equipes multiprofissionais de enfermarias hospitalares e que expressam seus saberes e percepções sobre a produção do cuidado nesse contexto de trabalho.

Como explicam Knauth e Leal (15):

De toda forma, independente do referencial teórico adotado, o indivíduo é tomado enquanto um ser social, e, por isso, “representante” de um determinado grupo social previamente definido teoricamente. O sujeito pode pertencer e representar, inclusive, mais de um grupo social, mas não se entende que seja representante de um grupo no sentido estatístico, i.e. não se trata de uma amostragem, mas da ideia de um pertencimento a uma determinada comunidade com quem compartilha de uma linguagem, de algumas ideias, valores e práticas. É justamente este princípio que possibilita à pesquisa qualitativa trabalhar com um número reduzido de participantes, visto ela não estar trabalhando com indivíduos singulares, mas, sim, com indivíduos que compartilham um conjunto de características sociais (15).

Estão representadas as seguintes áreas profissionais, em ordem alfabética, com o número de entrevistados entre parênteses: Enfermagem (4), Fisioterapia (2), Medicina (2), Psicologia (2), Serviço Social (2) e Terapia Ocupacional (3).

As idades dos participantes variaram entre 32 e 56 anos, com média de 39 anos. Três participantes eram do gênero masculino, enquanto as outras doze pessoas eram do gênero feminino. No quesito raça/cor, oito participantes identificaram-se como brancos, quatro como pardos, dois pretos e um como amarelo.

Quanto ao vínculo empregatício, quase a totalidade dos participantes eram funcionários públicos municipais estatutários, à exceção dos médicos, que cursavam residência.

A carga horária dos médicos residentes é, formalmente, de 60 horas semanais, embora os participantes relatem que a carga horária real ultrapassa consideravelmente o prescrito. A psicologia cumpria jornada de 40 horas semanais, enquanto os demais profissionais cumpriam 30 horas. Quanto à distribuição da jornada, oito profissionais eram diaristas, cinco plantonistas e os médicos residentes atuavam como diaristas e plantonistas em seus setores. Finalmente, o tempo de atuação em hospital público (total, não apenas naquela instituição) variou entre 3 e 18 anos, com média de 9 anos de atuação.

Há na amostra uma representação peculiar da categoria médica, pois os residentes ocupam uma posição de poder singular na hierarquia médica e

institucional. Comumente, os residentes são jovens profissionais e são eles que compõem a maior parte da força médica de trabalho nos hospitais que executam programas de residência, sendo responsáveis pelo andamento da rotina de seus setores. Como se diz popularmente, “tocam o serviço”.

Por definição os residentes são profissionais em formação; médicos graduados, mas cursando uma especialidade. Por isso, sua autonomia é reduzida pela subordinação aos seus preceptores, médicos assistentes e chefes das clínicas. A permanência na instituição executora de sua especialização é pré-determinada pelo tempo previsto para o seu curso; sua passagem pelo hospital é inevitavelmente temporária. Ou seja, as equipes multiprofissionais das enfermarias convivem com a rotatividade de residentes, o que pressupõe a necessidade frequente de apresentação do funcionamento institucional, de compartilhamento de saberes, além da criação de novos arranjos de trabalho e circulação de afetos.

A participação exclusiva de residentes na pesquisa foi circunstancial, não intencional: os médicos da instituição que foram convidados não se mostraram disponíveis.

6.4 O roteiro de entrevista

Foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo I), que se inicia com perguntas fechadas para caracterização dos participantes, e segue com questões a respeito do conhecimento prévio do participante sobre clínica ampliada e compartilhada, aspectos do processo de trabalho e a satisfação profissional e do usuário. O roteiro se inspira nos questionamentos propostos pela cartilha “Grupo de Trabalho de Humanização”, publicada pelo Ministério da Saúde em 2008, e na pesquisa de Archanjo e Schraiber (21) com psicólogos atuantes em UBS. Buscou-se a criação de um instrumento amplo o suficiente para atingir os objetivos da pesquisa, mas que não desgastasse o participante com inúmeros questionamentos. Para testar o roteiro, verificar sua adequação à proposta e a necessidade de ajustes, foram realizadas duas entrevistas preliminares, que não compõem os resultados da pesquisa.

Como psicóloga, faz parte de meu cotidiano realizar entrevistas com pacientes e usuários de serviços em diferentes contextos. Porém, a entrevista para uma pesquisa acadêmica, que tem como interlocutores meus colegas de trabalho, era uma novidade. No decorrer dos encontros, pude conduzir as entrevistas com mais flexibilidade, reconhecendo os temas das perguntas em diferentes ordens e explorando com mais profundidade os conteúdos trazidos pelos participantes.

7 Metodologia de análise dos resultados

As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo, com o estabelecimento de unidades de análise *a posteriori*, conforme se apresentaram a partir da leitura exaustiva do material e articulação com os objetivos de pesquisa e referencial teórico.

Minayo (22) identifica a compreensão e interpretação como bases de uma análise qualitativa. Para a autora, a compreensão é o processo inicial de contato com as experiências e vivências do grupo pesquisado, tomadas dentro de seu contexto histórico, pessoal, institucional. Dela decorre a interpretação, momento no qual o pesquisador constrói sentidos e elabora aquilo que pôde compreender.

Para Duarte,²²

tomar depoimentos como fonte de investigação implica extrair daquilo que é subjetivo e pessoal neles o que nos permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa (participou), em um determinado tempo e lugar (17)

Em resumo, tanto Minayo quanto a já citada Duarte apresentam visões semelhantes ao descrever possibilidades para os passos seguintes à coleta de dados: o trabalho de organização do material, criação de categorias temáticas para análise e articulação com o referencial teórico. Ambas defendem que o cuidado nessas etapas busca garantir a objetividade e fidedignidade possível nesse tipo de pesquisa, para a construção de compreensão sobre o tema trabalhado e produção de conhecimento científico.

Os trechos das entrevistas transcritos a seguir foram editados para impedir a identificação da pessoa participante, sem prejuízo de seu conteúdo ou alteração de seu sentido.

A partir do levantamento bibliográfico e do material advindo da elaboração do contato com os profissionais, foi elaborada uma cartilha com questões orientadoras sobre clínica ampliada e compartilhada, para uso dos profissionais hospitalares.

8 Resultados e discussão

As respostas dos entrevistados foram agrupadas em seis categorias temáticas para análise: concepções sobre clínica ampliada e compartilhada; comunicação e tomada de decisões; articulação do hospital com a rede; percepção de satisfação; sugestão de temas para atividade educativa e, finalmente, estratégias de intervenção.

8.1 Concepções sobre clínica ampliada e compartilhada:

reconhecimentos iniciais de seus limites e potencialidades

Após a coleta de dados para identificação da amostra, iniciamos a entrevista perguntando ao participante se já havia tido contato com o tema “clínica ampliada e compartilhada”. Em caso afirmativo, procuramos explorar suas percepções sobre a temática no cotidiano hospitalar. Em caso negativo, era apresentada a seguinte vinheta:

A clínica ampliada é uma maneira de compreender e organizar o trabalho de modo a qualificar a assistência em saúde, colocando o sujeito no centro do cuidado, com respeito ao seu contexto e sua autonomia, em ações integradas entre os profissionais e entre os diversos serviços da rede.

Em seguida, estimulávamos comentários do entrevistado a respeito desta breve explicação, tendo em mente a articulação com a atuação no hospital.

Dos quinze profissionais, apenas cinco reconheceram o termo “clínica ampliada”. Nenhum deles relatou ter participado de alguma formação específica em clínica ampliada, de qualquer tipo. Dois mencionaram ter tido contato com o tema em especializações distintas, voltadas para saúde mental e para a atenção básica;

outros dois percebem ter aprendido na prática, em suas experiências profissionais em serviços de atenção básica e, finalmente, um participante declarou conhecer o termo por seus estudos sobre o SUS e a Política Nacional de Humanização.

Embora a maioria dos participantes tenha referido desconhecer o nome, demonstraram reconhecer a proposta e consideraram que seria aplicável ao ambiente hospitalar.

O termo “clínica ampliada” foi associado pelos trabalhadores aos conceitos de “rede”, “equipe multiprofissional”, uma oposição ou ampliação do “modelo biomédico”, e um tipo de cuidado “para além da doença”, como exemplificado neste trecho de entrevista de profissional da enfermagem:

[Entrevista 09]

No hospital é muito mais o modelo médico, aquele biomédico, do médico vendo a doença do paciente. Eu sou da enfermagem, eu tento ver um pouco além da prescrição, vamos dizer assim. Vendo as opiniões da família, vendo como ele [o paciente] está se sentindo em relação àquela doença que ele está enfrentando. Mas acho que deixa a desejar um pouco, sim. De ver um pouco mais além do modelo médico, centrado no médico. Eu acho que isso aí tem um pouco a ver com a demanda. Eu acho que tem muitos pacientes. Então, você foca naquilo que você tem que priorizar, entende? Assim, tem que priorizar, então eu vou focar aqui na medicação. Aí acaba deixando a desejar um pouco o social, escutar o contexto em que ele está, a questão de psicologia, da saúde mental dele. Eu acho que no hospital a gente foca muito no modelo centrado no médico. É o médico que pede, é o médico que prescreve, informação é do médico. Então, assim, o médico vai focar no dele, que é mais o que eu, sendo da enfermagem, o que eu vejo.

Foi comum aos dois grupos, tanto os que conheciam quanto os que desconheciam o termo, a percepção sobre a dificuldade em organizar o trabalho na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada no ambiente hospitalar. Neste ponto, dois elementos se destacaram: a fragmentação do cuidado exercido dentro da própria instituição, aqui associado pelos participantes tanto a uma questão

objetiva, do número reduzido de profissionais em relação a demanda, mas também ideológica, no sentido de que tipo de raciocínio e conduta clínica tem espaço na produção do cuidado hospitalar; e também o distanciamento do hospital dos outros pontos da rede, ou a concentração desta comunicação em determinadas categorias profissionais, como veremos mais adiante.

Neste exemplo, a pessoa entrevistada, que não conhecia o termo “clínica ampliada” ilustra a questão das diferentes concepções de cuidado e o retorno disto para a própria instituição.

[Entrevista 3]

Eu acho que seria muito bom se todos os profissionais tivessem esse desejo de também entender um pouco mais sobre o paciente, para entender o sintoma dele que aparece aqui. Mas a gente lida com uma estrutura muito hospitalocêntrica, que só pensa no corpo como uma doença e não pensa no resto. Às vezes a doença dele tem uma questão social, por isso que ele está internado com a gente. Mas está muito distante isso. Aqui entende-se que o paciente está num momento agudo, por isso precisa tratar logo a doença dele, mas talvez ele vá voltar pelo mesmo problema. Então, não adianta ficar só nisso. E aí, acaba ficando muito técnico e pouco resolutivo, não resolve. Resolve o que está agora, mas não resolve o que tem mais pra frente. E acaba criando problema pra própria instituição, com reinternações.

A próxima pessoa entrevistada referiu conhecer o conceito e já tê-lo vivenciado em sua prática profissional anterior, em serviços de atenção básica. Aqui, ela exemplifica a dificuldade em operacionalizar o conceito devido à fragmentação da assistência com uma situação frequentemente vivenciadas pelas equipes nas enfermarias hospitalares:

[Entrevista 6]

Hoje em dia eu vou no leito do paciente e ele é o, sei lá, “seu José”, só isso, pra mim. Eu não sei muito o que as outras pessoas estão fazendo, o que elas estão pensando sobre aquele paciente. Eu penso alguma coisa comigo. Quando eu

vou lá [no leito], o paciente já foi até embora e eu tinha acabado de pensar alguma coisa para o caso dele. Então, essa troca [entre a equipe] é muito pequena, eu acho. Então, esse cara sai [de alta]. Mas e aí, como é que ele saiu? O que vai ser feito com ele? Eu nem sei, porque eu nem sei que dia que ele saiu, por que ele saiu, sabe? Então, eu acho que quem perde são eles, os pacientes. Sem dúvida nenhuma, a potência de você ter uma equipe fortalecida, que troca, com a rede junto, é outra coisa.

Posteriormente, abordaremos em detalhes as dificuldades percebidas pelos profissionais quanto ao exercício da clínica ampliada e compartilhada no hospital geral. Porém, é interessante notar que as reflexões sobre as dificuldades no cotidiano assistencial atravessaram todas as falas e não ficaram restritas as suas questões específicas. Quando questionados sobre seu conhecimento prévio do tema, abriram-se também conversas sobre como percebiam a proposta no hospital. Por isso, temos mais do que respostas afirmativas ou negativas, temos também uma reflexão sobre o que foi apresentado ou já conheciam e o que percebem na realidade profissional vivenciada.

Vale destacar que o discurso dos profissionais, no entanto, foi tomado principalmente pela identificação de elementos que precarizam a qualidade do trabalho. O principal aspecto foi a falta de recursos humanos, materiais e estruturais, como exemplificado nas falas abaixo:

[Entrevista 10]

O que tem de mais dificuldade é que se tivesse mais profissionais para prestar o cuidado direto, o técnico, o auxiliar, eu acho que seria melhor para o paciente. Acho não, certeza. Porque nós trabalhamos naquele limite de funcionários, de profissionais, e isso sobrecarrega. Por mais que o profissional esteja ali, eles gostam de trabalhar, pelo menos a minha equipe é assim. Mas tem momentos que eles se sentem esgotados, porque a maioria são pacientes acamados, com traqueo, debilitados, com muitas feridas. Então, é trabalhoso você cuidar. E a quantidade de pacientes que cada um é designado a cuidar, eu acho grande. Então para prestar um cuidado mais individual, fazer coisas para melhorar mesmo, não só o básico.

Porque o básico é feito, a gente está ali para isso: a medicação, higiene pessoal. Mas, às vezes: “Ah, vamos fazer uma massagem relaxante, vamos cortar unha, vamos fazer uma massagem no pé”. Que daria para fazer se fosse uma equipe maior, daria um conforto maior para a pessoa, nessa estadia que muitas vezes é longa. E se fosse com maior qualidade, talvez não fosse tão longa essa estadia, ou menos sofrida.

[Entrevista 11]

“Se a gente tivesse mais materiais e mais profissionais, essas coisas, seria melhor. Às vezes também ajuda da equipe. Para a gente como fisio, para tirar o paciente do leito, dependendo se o paciente é grande, às vezes a gente não consegue sozinho. Aí eu já não consigo colocar. Aí essas coisas, assim, coisa que a gente já poderia estar bem avançado, acaba travando porque não tem ajuda. Eu sei também que o pessoal da enfermagem, eles são sobrecarregados. Eles têm um monte de paciente para olhar, falta funcionário na enfermagem. Não dá também para eles estarem dando toda a assistência. Às vezes falta uma parceria da equipe, mas não é porque a pessoa não quer, é porque ela não consegue estar disponível para fazer mais coisas do que já tem para fazer, mas que no fim prejudica o cuidado do paciente. Ia ser bom para todo mundo se desse, ele já ia embora logo, não ia ficar com escara. Porque às vezes embola ali, e aí piora.

[Entrevista 12]

Às vezes a gente tem capacidade de atender mais, tem recurso pessoal, humano, para atender mais, mas não tem material. E aí também esbarra no problema dos anestesistas, que é outro problema, que às vezes não tem. Às vezes falta UTI para esse paciente fazer o pós-operatório. E nisso tudo o paciente fica esperando. Não tem essa cirurgia logo, precisa ficar postergando. Aí o paciente infecta, o paciente deprime, tudo que você possa imaginar. É uma questão estrutural e institucional que gera muitos impactos na clínica. Muitos mesmo. Um dia que você fica aqui a mais é todo um contexto que você cria: emocional, custo, doença que você pode adquirir, comorbidade. Quantos casos que chegam que você precisa descomprimir uma coluna em 72 horas e você não consegue? Nisso a pessoa vai ficar plégica pelo resto da vida. Imagina o custo emocional, social, financeiro, familiar, tudo que você gera, porque você não tem estrutura física para abarcar. É

complicado. O paciente vai passar o resto da vida acamado, infectando, tendo escara, emocionalmente destruído, uma coisa que você poderia ter evitado. É triste. O que dificulta também às vezes é a situação de vida de cada paciente. Às vezes a gente não tem no SUS uma brevidade, uma celeridade de conseguir algo e o paciente também não pode, não quer, não tem condições. E aí, a gente esbarra nessa questão. Por exemplo, eu estou com um paciente agora que está de alta, mas não foi embora e infectou a urina, porque a casa dele está sem telhado, está reformando. É um paciente que está se mantendo aqui imunossuprimido e a gente não consegue dar alta. E isso gera um problema lá fora, na porta, porque é outro paciente que deixa de subir para se tratar porque não deu vazão. O que atrapalha também é a burocracia do SUS. Não tem jeito, ainda tem muito papel no dia a dia. Nossa, tá louco! O maior problema aqui é o papel. Por exemplo, coisa boba, mas que dificulta e que gera custos desnecessários: você quer pedir uma ressonância, tem que pedir em três vias, sabe? O cuidado às vezes fica na dependência de uma bobagem. Um exemplo bobo, mas que acontece: sexta-feira, antes de um final de semana que eu não esteja de plantão, aí eu vou pedir uma ressonância para o paciente. Aí, por acaso, porque no outro serviço que eu trabalhava o leito do paciente vinha na etiqueta, aí eu esqueço que tem que botar o leito. Aí o paciente fica esperando aquele exame, eu refazer o pedido até segunda. Demorou dois dias a mais para rodar o exame por conta de uma burocracia, uma besteira, uma bobagem. Foi falha minha, mas é uma coisa pequena que dá uma repercussão muito grande ali para a clínica, entendeu? Tem fluxos que às vezes complicam muito.

O trecho anterior, da entrevista 12, ilustra tanto a questão das dificuldades por faltas de ordem estrutural, como também as dificuldades de ordem burocrática, ou aquelas causadas pelas regras do funcionamento institucional. Esta fala aponta também a dificuldade percebida pelos profissionais quanto ao giro de leitos e ao atravessamento de aspectos sociais no adoecimento e tratamento do paciente.

[Entrevista 5]

Eu sinto dificuldade, assim, com a parte social no geral. Tipo assim, de eu estar cuidando, a parte clínica está sendo

resolvida, mas aquele paciente tem uma questão social às vezes para ser resolvido. E no momento não tenho quem dê esse suporte, essa coisa. E a gente da enfermagem tenta se envolver. Muitas vezes não quer se envolver, mas acaba se envolvendo. E aí, fica assim, eu acho que fica essa parte negativa, que complica mais sair daquele quadro. Por exemplo, ele fica com muitos anseios, muitas dúvidas, muitos medos, muitos problemas, que acha que tem que estar resolvendo enquanto está aqui. E a gente não consegue direcionar tudo isso. As pessoas vêm com uma bagagem lá de fora e às vezes descarregam tudo em cima da enfermagem, querem que resolva. E não é assim. A gente tenta aos poucos, né? Ou a gente chama a psicologia, o social, tenta envolver o social. Dá pra dividir um pouco com os colegas. Às vezes dá, às vezes, não. E às vezes a gente fica até sem saber o que fazer, como poder ajudar aquele paciente, a família também traz problemas para gente. Porque eles vêm doentes todos, né? Não só o paciente, familiar também. O paciente adocece, a família adocece junto.

8.2 Comunicação e tomada de decisões

Nesta categoria estão agrupados elementos das respostas às questões a seguir, que abordam a comunicação em diferentes frentes na dinâmica hospitalar:

- (a) Como as decisões a respeito do tratamento são tomadas?;
- (b) Como os pacientes e familiares participam dessas decisões?;
- (c) Como você avalia a comunicação e o relacionamento das equipes com os pacientes e as famílias?;
- (d) Acontecem discussões regulares entre a equipe multiprofissional envolvida no caso?;
- (e) “Existem espaços de discussão coletiva entre a gestão e os profissionais da assistência?”

Diversas facetas da comunicação foram elencadas como possíveis entraves no processo de trabalho. Entre elas: o desconhecimento de fluxos internos

e externos, a organização da rotina hospitalar e o contato com familiares, como vemos a seguir.

[Entrevista 4]

Eu acho que a falta de comunicação. Eu acho que deveria ter maior interação das equipes. Eu acho que falta informação no sentido de protocolos, de fluxos da saúde. Às vezes, falta material para atender esse paciente de forma adequada. Então, eu acho que é isso. Eu acho que essas outras coisas que é nossa mesmo, que a gente precisa melhorar enquanto instituição, enquanto profissional, impacta bastante, independente só do estado clínico dele.

[Entrevista 8]

Eu acho que o que dificulta o trabalho da terapia ocupacional... Acho que não só o nosso, mas é a rotina hospitalar. O paciente às vezes estava preocupado com o que ia comer, ou com exame, ou medicado demais. E aí, não consegue ter essa disponibilidade para um atendimento. Então, eu acho que isso dificulta, que tem uma rotina ali que é determinada pelo ambiente e que vai ter um impacto no seu atendimento. Então, se ele teve dor ou não, se ele está medicado ou não, até o processo avaliativo. Por exemplo, autonomia, funcionalidade, também está muito vinculada à condição em que ele está naquele momento. Então, eu acho que tem essa dificuldade da rotina. Ou se você está lá e é horário do banho, daí você é interrompido porque, assim, precisa acontecer de algum jeito. Eu entendo que tem importância que aquele sujeito sobreviva. E aí essas questões muito básicas, de necessidades básicas, elas são muito prioridade e às vezes atravessam o atendimento. Então, o horário da medicação é prioridade, horário da higiene. Então, isso é uma coisa que eu sinto dificuldade. Eu também sinto dificuldade de a gente não ter nenhum suporte de material, de recursos. Então, tudo a gente tem que fazer pedido, ação. A gente não tem verba para TO, para fisio, acho que para equipe multi, de maneira geral. A gente não tem verba nenhuma.

[Entrevista 13]

O que dificulta muito é essa questão principalmente familiar, a interação da família com a equipe. Quando a família gera um desconforto com a equipe, não tem conversa que faça

modificar esse ambiente. Se a equipe pegou ranço de um familiar, aquilo ali influi total no atendimento. Aí, assim, não estou julgando, mas aí às vezes ele vai atrasar a medicação, vai deixar mais tempo com a fralda com urina, porque meio que cria um: “Ah, você está me cobrando, está me exigindo? Então eu vou fazer assim”. Tem esse tipo de gente, infelizmente. Então, isso é uma coisa que dificulta bastante. Aí gera estresse para todos os lados e a coisa geralmente não fica boa. Então, acho que o pior é isso, quando a relação com a família é totalmente desarmoniosa e não funciona. Eu acho que o que piora mesmo, que traz a carga mesmo, é isso. E o que ajuda, o que facilita, é quando a gente passa a visita junto. É uma coisa que ajuda bastante, porque tem a percepção de cada um, tem a experiência. Tem gente ali que tem a minha idade de experiência. Então, cada um traz a sua vivência, o que acha que pode contribuir ou não. Inclusive, quando tem esses momentos de estresse, sempre alguém tem que ter a cabeça mais fria para o caldo não entornar. Porque se todo mundo for naquela *vibe*, todo mundo ficar estressado. Aí não dá. Mas eu acho que isso da equipe sempre estar conversando é o que ajuda mais.

Para melhor desenvolvimento da análise, os resultados desta categoria foram organizados em tópicos que exploram diferentes vertentes do tema: decisões sobre o tratamento; comunicação das equipes com pacientes e familiares; comunicação entre a equipe, e comunicação entre a equipe assistencial e a gestão.

8.2.1 Decisões sobre o tratamento

As palavras “unilateral” e “fragmentada” foram frequentemente utilizadas para caracterizar a tomada de decisões sobre o tratamento. Os participantes não-médicos foram unânimes em atribuir a primazia das decisões aos médicos, como exemplificado a seguir:

[Entrevista 1]

O médico vai, avalia o paciente de forma clínica, dá o diagnóstico, o cuidado, sem pensar em outros fatores que interferem. A enfermagem vai, faz o que tem que fazer de forma específica sem querer lidar muito com outras coisas que

compõem o ser humano, além do curativo que precisa fazer, da pressão que precisa medir. A psicologia vai, atende o paciente, tenta dar conta dos sofrimentos emocionais. E eu sinto, pelo menos na minha prática especificamente, que eu já estou também no ponto de desistência de tentar linkar o meu saber com o do outro, porque eu acho que não tem uma contrapartida. Então, acaba sendo também a minha assistência fragmentada.

[Entrevista 2]

[A decisão é tomada] unilateralmente, pela equipe médica. É que é uma instituição hierárquica, médica, o topo da hierarquia é médico. Acho que foi feito para ser assim, foi feito para ter pouco diálogo. A história da própria palavra diz: “paciente, aquele que espera passivamente”. E a gente vê nos profissionais o desconforto, né, quando o paciente questiona, quando o paciente não concorda, quando o paciente acha que pode ser feito de outro jeito. A equipe se incomoda com isso, como se estivesse desafiando o saber deles, o poder que o hospital foi feito para que eles tivessem

Nota-se que, ainda que questões pessoais possam estar associadas ao comportamento no ambiente profissional, como sugerem algumas falas, a repetição chama a atenção para uma questão mais ampla, que aponta para o próprio funcionamento do sistema e da organização dos processos de trabalho. Por exemplo, alguns profissionais identificam a maior abertura de determinados médicos a certa postura mais engajada, ou ao costume adquirido de trabalhar em equipe multiprofissional. Tentar atuar sobre características individuais pode ser menos profícuo, mas talvez possamos encontrar mais ferramentas se olharmos para determinantes de ações coletivas. A exposição a diferentes ambientes de trabalho, como a experiência em atenção básica, serviços ou equipes de saúde mental e cuidados paliativos, esteve relacionada à maior familiaridade com os princípios da clínica ampliada e compartilhada e o trabalho em equipe multiprofissional. Ou seja, há espaço para se pensar na formação dos profissionais hospitalares, com conteúdos e vivências que possam ampliar certas competências desejáveis. No entanto, mesmo profissionais bem formados e receptivos à proposta da clínica ampliada e compartilhada podem perceber sua atuação limitada por entraves institucionais. Alguns exemplos destes fatores limitantes, como veremos abaixo, são

a falta de profissionais de referência, a perda de informações devido à organização das equipes em regime de plantão, a concentração burocrática em carimbos médicos, que diminui a capacidade resolutiva de outros profissionais, e sobrecarrega o profissional médico com atividades não-exclusivas de sua função.

[Entrevista 4]

Olha, geralmente é unilateral aqui nesse hospital, é do médico. Aí, eu vejo que o profissional que é mais engajado, procura um outro e tenta discutir isso, para poder interferir de uma certa forma. Não que a gente acabe interferindo na decisão, mas procurar ampliar esse cuidado. Geralmente é só: “tá de alta”. Não se conversa dessa alta, a não ser que esse paciente tenha muito tempo aqui dentro. É só: “tá de alta, tá de alta”. Não quer saber como é a demanda, como vai levar para casa, como vão ser os cuidados posteriores. Então, acho que isso ainda falta um pouquinho.

[Entrevista 11]

Eu posso falar por onde eu fico: lá é o médico. Mas se a gente não concorda, se a gente acha que pode fazer de outro jeito, a gente vai, conversa, discute, entra num acordo com o residente que está agora. Já teve outros residentes que passaram, que a gente fez isso, e sempre deu certo lá. Mas já teve clínicas que eu trabalhei e às vezes a gente falava alguma outra coisa, tentava discutir, mostrar outro ponto de vista, e às vezes não dava muito certo, era só o que o médico queria. Acho que tem profissionais que já estão acostumados a trabalhar com a equipe multi e tem profissionais que são individualistas, e aí não escutam.

[Entrevista 9]

Acho que única e exclusivamente pelo médico. Assim, varia, tem as exceções, né? Tem alguns médicos que conversam com o paciente. Mas aqui, nesse setor, é uma coisa estranha. A gente conversa muito sobre isso também com os colegas. Cada dia da semana tem um médico, um dia vai passar o Doutor A, na terça, Doutor B, na quarta, Doutor C. E esse outro doutor que é o mais experiente vai dar a opinião dele para o residente que é quem está todo dia com o paciente. Mas o doutor chega, entra no quarto, menos de 15 segundos o residente passa as informações e ele fala: “faz isso, faz aquilo”.

É tão rápido que não dá para o paciente chegar e falar, dar a opinião dele sobre as condutas. Então, assim, eu acho que é bem focado no médico.

[Entrevista 10]

Eu acho um pouco engessado. Por exemplo, eu, como enfermeira, por mais que eu tenha muitas vezes um contato maior com o paciente, mais tempo do que o médico, para eu solicitar algumas avaliações, por exemplo, uma consulta com psicólogo ou fisioterapeuta, nem sempre eu consigo. Eu preciso que a médica faça uma solicitação ou que ela concorde com aquela solicitação para eu poder fazer. A gente até sente que os médicos gostariam de dar mais abertura, que a gente conseguisse trabalhar junto e não ficasse tão amarrado ali neles. Só que o sistema ainda solicita essas burocracias, essas documentações específicas, um carimbo com CRM. Então, pela equipe que vem, porque todo ano mudam os residentes, a maioria tem essa abertura de tentar dar uma autonomia para a gente. Porém, a gente fica mesmo engessado, não é só das pessoas que estão lá, mas é do jeito que as coisas funcionam, de sistemas. Por exemplo, assim, uma coisa muito simples: agora a gente tem a passagem de PICC [cateter central de inserção periférica]. E, assim, a lógica para saber se o PICC está bem alocado é: eu preciso pedir um raio X de tórax, pelo menos para ver se está alocado certinho. Mas eu não posso pedir. Mesmo que eu passe, que eu insira o cateter, quem tem que pedir é o médico. E fica sem lógica, porque quem passou foi o enfermeiro. Por que o enfermeiro não pode pedir o raio X de tórax? Não é um exame invasivo. E aí, a gente tem que pedir para um médico, tem que ter um carimbo médico pedindo um raio X de tórax. É um exemplo simples, mas que às vezes traz algumas barreiras: “Ah, só amanhã que o médico vai vir”. Ou: “O médico do PS não vai carimbar, porque ele não conhece o paciente”. Então, o paciente fica ali 12 horas sem receber a medicação, porque não pode usar o dispositivo sem exame. É bem complicado e não tem muito o que fazer, porque quem faz o exame é uma OSS [Organização Social da Saúde] e a OSS tem essa regra. Então, não é culpa do atendente que está lá, porque a OSS ganha um valor por cada exame que está lá e eles podem perder esse valor se tiver o carimbo de enfermeiro.

Os colegas médicos participantes, residentes de suas respectivas especialidades, descreveram a inclusão de elementos clínicos, financeiros, sociais e de percepção de outros membros da equipe em sua tomada de decisão para a condução do tratamento:

[Entrevista 12]

[A decisão é tomada] principalmente pela clínica do paciente, pelo quadro que ele apresenta. A gente leva muito em consideração também a situação financeira do paciente. Por exemplo, a gente tem tratamentos que o SUS não prevê ainda, e que não necessariamente são melhores. Até tem uns que são melhores, que não são fornecidos pelo SUS, mas outros que são igualmente eficazes, mas que são menos confortáveis para o paciente usar os do SUS. Por exemplo, a varfarina, que é a anticoagulação do paciente. Existe um remédio que você não precisa controlar ambulatorialmente para chegar no nível adequado e existe medicamento que você precisa, que é o que o SUS fornece, que você precisa estar fazendo esse acompanhamento laboratorial. Então, para o paciente é muito mais confortável você pegar e tomar remédio, não se preocupar se aquela taxa no sangue vai ser obtida, do que você ter que ficar fazendo laboratório constantemente. Então, isso é uma coisa que é levada em consideração, quando o paciente não tem condição de arcar. E o contexto familiar é muito importante, se o paciente tem estrutura familiar para dar seguimento. Principalmente no meu caso, que meus pacientes são muito crônicos, a grande maioria dos pacientes são pacientes que vão ter sequelas e que precisam dar continuidade desse atendimento no domicílio. Então, saber que nível, que tipo de auxílio, que tipo de família ele tem, no sentido de que a família vai dar suporte, se é uma família que pode ou que não pode, as condições socioeconômicas dele também. Então, tudo isso é levado em consideração e a gente tenta chegar a um denominador comum com ajuda da assistente social e de todas as disciplinas.

[Entrevista 13]

[As decisões são tomadas] quando passa visita junto, então sempre tem aquele olhar diferente da enfermagem trazendo informação que às vezes eu não vi, eu não me atentei, passou despercebido. Ou às vezes queixas que eles falam só com a enfermagem, não falam comigo. E aí eu vou definindo a conduta com tudo isso, com que o paciente traz na hora da visita, com o que o familiar às vezes passa, e o que a equipe

relata. Porque eles têm uma passagem de plantão que eu vejo que é bem eficaz. Então, como eles fazem essa passagem de plantão, eles trazem essas demandas também. Até às vezes à noite, quando eu não estou aqui, aí eles vão passando. Eu tenho muita confiança neles da enfermagem. Às vezes eu estou lá fazendo as papeladas, eles falam assim: “Esse paciente não está bem”. Aí eu vou na mesma hora, porque eu sei que todas as vezes que eles me chamam é porque realmente é algo que demanda uma atenção maior. Não chama por bobeira. A equipe é bem alinhada, mas é muito sobrecarregada.

8.2.2 Comunicação das equipes com pacientes e familiares

Este tópico seguiu a tendência apresentada no tópico anterior: a comunicação das equipes com pacientes e familiares foi frequentemente descrita como falha, com o protagonismo centrado no médico e os pacientes e familiares percebidos principalmente em uma posição secundária, como ouvintes. Na rotina institucional, os entraves na comunicação geram desgastes para todos os atores. Os profissionais não-médicos queixam-se com frequência dos conflitos em que se percebem envolvidos, em decorrência de insatisfações de pacientes e familiares com a comunicação com a equipe médica.

[Entrevista 2]

[A comunicação é] muito ruim. A comunicação é um ponto central das dificuldades aqui dentro, a comunicação. E é isso, muitas vezes eles chamam a gente porque eles erraram na comunicação. E eu acho que por esse suposto saber médico, exclusivo médico, por isso. “Ah, porque o paciente é leigo, é ignorante, vem de uma classe social mais baixa, não vai saber, não vai entender, não vai ter o que contribuir, o que opinar”. E de não querer abrir mão do próprio poder, sabe? “Quem dita isso aqui sou eu”.

Mais uma vez, podemos pensar que a repetição dos elementos aponta para uma questão além de comportamentos individuais, mas sim de uma lógica

hospitalar que também é compartilhada entre instituições semelhantes. Não há dúvidas de que a instituição não existe sem os indivíduos que a compõem, mas há que se considerar que os indivíduos respondem a uma dinâmica de funcionamento. Ou seja, é possível e necessário pensar em mudanças de política, de cultura institucional, de formas coletivas de produzir cuidado, mais do que culpabilizar indivíduos ou categorias profissionais por determinado modo de funcionamento que é produzido ou sustentado institucionalmente. No trecho abaixo, a profissional fala sobre como a necessidade de responder a outras demandas diminui a disponibilidade para a comunicação com pacientes e familiares.

[Entrevista 3]

A comunicação precisa melhorar e depende muito do médico que está atendendo, se é um médico que é mais flexível, que ouve as famílias, que quer saber o que as famílias querem perguntar, que tem mais tempo para estar disponível. Aí é uma comunicação melhor. E como a gente sabe que o contrário disso também dá um resultado ruim. E acho que a disponibilidade é em dois sentidos, uma disponibilidade pessoal e de tempo. Porque o tempo influencia muito. Quando estamos passando visita com a equipe, se durante uma visita um paciente tem uma intercorrência, uma família que precisa conversar um pouco mais, aí o restante da visita já precisa ser mais rápido, senão a visita não acaba, não consegue passar em todos. E precisa-se passar em todos. É só um exemplo, mas tem mil demandas que eles vão cumprindo e que às vezes acabam fazendo mais rápido mesmo.

Sabe-se que há muitas tarefas que os profissionais devem executar durante suas jornadas de trabalho. Algumas, essenciais para a produção do cuidado. Outras talvez pudessem ser reduzidas, o que tornaria os processos mais enxutos — e há diversos protocolos de administração com este objetivo. Mas há dois pontos que talvez possam contribuir para a formulação de novas rotinas: há que se considerar a comunicação como elemento primordial na produção do cuidado, com no mínimo a mesma relevância das demais ferramentas terapêuticas. Pacientes e familiares bem informados, que se sentem seguros, acolhidos e respeitados pela sua

equipe de cuidadores, tendem a ter experiências de hospitalização mais satisfatórias.

[Entrevista 5]

Eu avalio nesse sentido que eu te falei, deficitário. O *feedback* não é claro. Você passa a informação, não vem a resposta e fica um pouco conturbado. Da minha parte, da enfermagem, eu não vejo dificuldade. Eu, quando eu falo “eu”, eu procuro esclarecer o que está sendo feito, o que eu estou fazendo. Já explico nas visitas: “Eu não sou doutor, eu sou enfermeiro, estou passando a visita para saber como você tá”. Assim, eu não vejo tanta dificuldade, porque eu tento esclarecer o máximo que eu posso para eles, e deixando aberto para eles virem me perguntar o que eles tiverem dificuldade também. E eu acho que tendo esse canal aberto fica mais tranquilo, fica até menos trabalhoso. Fica mais tranquilo para cuidar, quando você deixa bem aberto. A pessoa tem autonomia de vir perguntar, ele não se sente inibido, vamos dizer assim. Porque muitas das vezes, eu vejo do lado do paciente, ele às vezes fica ali porque ele fica com medo de perguntar, de não responderem.

Do lado dos profissionais, é preciso também que quem está na linha de frente possa sentir-se seguro em relação ao que e como comunicar, tanto em relação a diagnóstico e prognóstico, como por ter a tranquilidade de que terá tempo hábil para conduzir conversas adequadas e as demais tarefas do seu dia, e também em poder, como representante da instituição, fornecer informações concretas sobre a programação terapêutica. Por exemplo, é extremamente desgastante para o profissional precisar comunicar, repetidamente, o adiamento de uma cirurgia por indisponibilidade de leitos. Nesse sentido, quando o ambiente de trabalho se torna hostil, pode haver um comportamento das equipes de se afastar ou limitar o contato direto com pacientes e familiares e concentrar-se em outras tarefas de sua competência, que são inúmeras.

[Entrevista 8]

Eu vivenciei essa fase de pandemia, de boletim médico por telefone. E tinha uma dificuldade, porque tinha uma coisa de ser horário marcado, sabe? E eu acho que isso dificulta um tanto, porque, assim, às vezes liga e a pessoa não consegue atender porque está trabalhando, não está em casa. E aí, perdeu. E aí, já gera essa angústia. Mas não sei como era antes, se o acesso era melhor. Pode ser uma coisa que talvez facilitou para a equipe médica, mas acho que para o paciente é um tanto angustiante. Acho que tem uma restrição nessa comunicação, até na passagem da visita. Às vezes, o médico passa muito cedo. E às vezes eu vou para um atendimento e eles têm dúvida e eu falo: “Mas você não falou com o médico?” E aí, o familiar fala: “Ah, ele passou e eu não estava aqui”. E aí, precisa esperar o horário. Às vezes, é uma coisa simples que eu vou e pergunto, mas eu acho que algumas burocracias que são colocadas pela própria equipe. Claro que eu acho que não tem uma determinação de como que essa comunicação deve acontecer, mas eu acho que tem burocracias que dificultam muito o acesso do familiar. Eu não sei se é cultural também, porque quando chega na frente do médico eles não conseguem muito perguntar ou ficam constrangidos. Ou não sei é difícil perguntar coisa para médico de maneira geral. Porque agora eu estou pensando, quando eu estava paciente, estava internada, eu tinha que escrever. Porque era uma coisa tão... Ele entrava lá tinha uma coisa mais rápida, assim, que se eu não perguntasse ali, aproveitasse a oportunidade. É como se aquela pessoa não existisse mais naquele lugar, ninguém sabia mais como achar. Então, eu acho que tem uma dificuldade das burocracias que foram criadas, dos fluxos. Muitas vezes, durante os atendimentos, a gente fica ali tentando acalmar um pouco com algumas informações que a gente sabe. Então, se essa comunicação não está sendo cuidada, isso escapa para os outros atendimentos. E aí, dos fluxos, fico pensando como não criar rigidez com algo que você pensa para melhorar, porque também a gente pode se defender com os fluxos que a gente cria. A gente vai se protegendo com isso mesmo que a gente criou, porque é difícil às vezes cuidar de uma família que está sofrida. Eu acho que também tem isso. Não é fácil você atender alguém que está muito angustiado, que não está querendo saber só do exame. Acho que as regras e as burocracias restringem para a gente também se cuidar um pouco, se proteger desse sofrimento, acho que também tem isso.”

8.2.3 Comunicação entre a equipe

Neste tópico, a partir da pergunta sobre a realização de visitas multiprofissionais, abriu-se a possibilidade de discutir aspectos diversos sobre a comunicação entre a própria equipe. Sem surpresas, há diversas dificuldades também nesse aspecto, mas com alguns pontos a se destacar.

A fragmentação no cuidado e a concentração da autoridade na figura do médico também aparecem aqui, como explicita este participante:

[Entrevista 15]

O médico assistente se senta com os residentes, e aí conversam sobre o paciente entre os médicos. A enfermagem não pode participar diretamente com eles, a não ser que eles procurem, e aí a gente também participa da situação. É raro eles procurarem, mas acontece. Porque a gente está na linha de frente, eles prescrevem e saem. A gente fica no dia a dia com o paciente e vê como vai a evolução. Às vezes, o paciente, dependendo da notícia, ele fica meio pra baixo, dá uma caída. A gente vai lá, conversa um pouco. Aí, de repente, a gente sugere passar com a psicóloga, ou se for outra coisa, com a assistente social. Mas a maioria das vezes, eles que discutem o assunto, é o médico, com médico residente, com chefe. Eles chegam ali entre eles e dão esse parecer deles, dentro da situação. Tem visita só entre os médicos, mas na enfermagem tem a visita do enfermeiro, leito a leito, todos os dias vão dois enfermeiros, vai a gente que recebe o paciente para dar os cuidados gerais. Acho que esse é um ponto importante, não receber o plantão dentro da sala e ficar ali, mas receber as informações e ver o paciente, acho que essa parte é importante.

Como mencionado anteriormente, os entrevistados compõem equipes de diferentes enfermarias. Assim, alguns percebem a comunicação entre a sua equipe de maneira mais positiva do que outros que estão inseridos em grupos com maior distanciamento entre seus membros.

[Entrevista 14]

Na outra enfermaria, eu passava a visita praticamente todos os dias. A gente passava a visita junto com a equipe médica, com a enfermagem junto. Agora, aqui nesse setor, acabo não passando visita, porque a visita só é de manhã e eu venho de tarde. Mas aí os médicos acabam falando comigo, discutindo os casos que a gente precisa, ou algum caso que eu preciso falar com eles. Ou a enfermagem me passa as coisas. E quando a gente chega, todo dia também já se senta, discute os casos, já seleciona os pacientes que a gente vai ver junto com a terapia ocupacional ou que a gente vai atender individual. Funciona mais ou menos assim, já é parte da rotina. Não tem um dia específico. Agora a chefia está marcando um dia da semana para fazer PTS [projeto terapêutico singular], que eu não sei explicar muito, porque é um projeto novo, mas agora começou a ser formalizado. Está tendo esse projeto no hospital para fazer essas altas precoces.

Alguns participantes referem participar de visitas multiprofissionais e também reconhecem esforços institucionais para fortalecer a comunicação entre os profissionais e assim melhorar a assistência ao paciente, mas tal experiência não é compartilhada entre todos os participantes. Aqueles que participam de visitas multiprofissionais tendem a avaliar positivamente o dispositivo, percebendo-o como um investimento de tempo que contribui para o andamento da rotina, ou seja, como uma tarefa produtiva e com sentido, apesar das dificuldades em sua realização.

[Entrevista 10]

“Sim [passamos visita multiprofissional], quando a gente consegue. Pelo menos uma vez por semana a gente passa entre a médica residente que está no momento, a coordenadora e os dois enfermeiros, ou pelo menos um enfermeiro. Quando a assistente social está disponível, ela também vai. A terapeuta ocupacional também gosta de passar. São momentos mais raros, porque nem sempre bate o horário. Às vezes, a doutora fala: “Hoje eu vou passar 11 horas, hoje eu vou passar cedo”. Às vezes a gente vê ela passando e sai todo mundo correndo: “Vamos lá, a doutora vai passar”. Vai da disponibilidade dela. E aí, é muito rico, porque ela e todos os residentes, eu acho que eu já fiquei com quatro residentes no

período que eu estou aqui, eles parecem que gostam quando vai. Aí eles falam sobre o caso, sobre a hipótese diagnóstica, a visão de tratamento, aí conversa com o paciente também na hora. Mas é interessante que às vezes a gente nem sabe qual que é o próximo passo do cuidado do paciente. Não por mal, mas às vezes o médico não tem tempo de sentar e falar de cada um. Aí quando a gente passa a visita junto, a gente consegue ter essa troca e é muito legal. Mas no máximo uma vez por semana a gente consegue. Às vezes, no final de semana, a gente consegue fazer junto com ele também, mas aí só o enfermeiro e o médico. Mas é muito rico quando acontece. Talvez esse seja o “minimozinho”, talvez 10% da visão da clínica ampliada que você está falando. Nesse momento, para mim, o mais importante seria todos saberem sobre os próximos passos do tratamento do paciente e ter talvez essa abertura de falar: “Tá, mas o que o senhor acha? Qual sua opinião sobre isso? Vamos fazer desse jeito ou será que não é melhor fazer assim?”. Discutir e chegar num denominador comum, porque a gente está cuidando do mesmo paciente, da mesma família, só que a gente cuida cada um no seu pedacinho. Quando acontecem essas discussões é maravilhoso, a gente se sente inteirado do assunto, se sente inteirado do paciente. Se vier alguém perguntar alguma coisa, você sabe informar. Porque muitas vezes o médico não está lá o tempo todo e tem coisas que você pode falar. Porque às vezes a família vem dizer que o paciente está largado. Se eu sei eu posso dizer: “Não, ele está esperando o resultado de uma angio, saindo esse resultado, o doutor vai ter uma visão do que vai acontecer. Então, precisa desse exame”. Aí a pessoa entende: “Ah, por isso que ele ainda está aqui, por isso que não tem resposta”. Então, às vezes ele quer uma resposta simples, pelo menos o porquê está demorando. Se você consegue explicar, a pessoa sai em paz, e aí tem mais paciência de esperar.

[Entrevista 9]

Olha, que eu saiba, não [há visitas multiprofissionais]. Que eu saiba, não. Às vezes, pode até ter. Nos três, quatro anos que eu entrei aqui, tinha um outro coordenador médico, que fazia a visita junto com a enfermagem, participava, acompanhava toda a equipe multidisciplinar, assistente social, nutricionista, psicóloga. O residente passava o caso para o médico, o preceptor. Aí o preceptor dava uma conduta e nesse momento

a gente já falava, já questionava, tinha uma abertura. Era legal, eu achava que funcionava melhor. Eu acho que você fazia uma assistência mais próxima, e você participando das discussões, era uma decisão mais participativa, você se sentia mais próximo, e era melhor para o paciente. E em termos de tempo não atrapalhava, não. Mas não acontece mais, mudou o coordenador médico, saiu o coordenador que tinha uma visão mais de “vamos ouvir o que os outros profissionais tem a dizer”.

Na ordem de realização das entrevistas, os colegas médicos acabaram ficando entre os últimos participantes. Isso contribui para uma situação curiosa, na qual, enquanto pesquisadora, pude notar a centralidade do médico também no discurso dos profissionais de outras categorias, em um reflexo da organização do trabalho. Abaixo, vemos alguns exemplos de como se posicionam os médicos em relação a sua atuação na equipe:

[Entrevista 12]

Aqui no hospital está um empenho muito grande para fazer [as visitas multiprofissionais]. A gente ainda não tem as visitas multi, que, pelo que foi falado pelo chefe, já se tentou implementar, mas teve alguns percalços. Mas a gente sempre tem contato com as outras especialidades, troca ideia de paciente, troca os casos e tenta abordar de uma maneira sempre em conjunto. Embora as visitas ainda não sejam multi, que é uma coisa que ajudaria muito. Ajudaria a avaliar o paciente por mais completo, porque uma coisa é você pedir uma avaliação do paciente para a especialidade, outra coisa é você estar ali junto, fazendo a visita, discutir ali na hora. Aí a pessoa da fisio vem, uma pessoa da fono vem, o cara da neuro vem, o cara da clínica, enfim. Essa multidisciplinaridade na hora, ali, ela é muito mais efetiva do que você pegar e ir buscando as informações e depois coletando. Se fosse a visita multi, seria tudo integrado, ao mesmo tempo. Então, acho que é mais ou menos isso, não fica tão fragmentado. Na minha especialidade faz muito sentido, porque são pacientes com um grau de comorbidade muito amplo. Então, esses pacientes dependem muito não só da parte médica, mas o mais importante para esses pacientes é a fisioterapia, é o emocional, é a nutrição. É isso o que vai fazer a diferença na qualidade de vida desses pacientes. E, claro, com a qualidade de vida vem a sobrevida. Se você deixa esse paciente sem estímulos, sem cuidado emocional, o paciente vai perecer. E aí, obviamente,

não vai ter nem qualidade, nem quantidade de vida. O principal nesses pacientes crônicos, com AVC por exemplo, é a parte multi, a parte não-médica, ela é a mais importante, é fundamental. Na rotina, tudo o pessoal acha que é do médico. Na enfermaria aqui, nem tanto, porque aqui a gente consegue chamar, pedir ajuda, tal. Mas na prática médica, na prática da vida de um médico fora do hospital, é muito desgastante. Porque o paciente deposita na gente todas as angústias, insatisfações, carências de serviço, falta de política pública, falta de tudo eles creditam ao médico. Mas poder compartilhar com a equipe alivia um tanto esse desgaste. Porque a família até cobra coisas que não são nossas, mas a gente repassa e pronto, a gente delega. Fica só aquele “peso”, entre aspas, ali da recepção do familiar que está cobrando coisas que não são nossas. A gente absorve aquela informação e tenta mobilizar aquilo ali para delegar o que for de cada um. Mas, então, aqui não se torna um peso tão grande, mas fora é muito.

[Entrevista 13]

Normalmente a gente faz as visitas juntos, à beira leito. Vai sempre alguém da equipe médica, da enfermagem vai a chefe, vai o plantonista do dia, vai assistente social, a fisioterapia, às vezes a terapia ocupacional também vai. E aí é à beira leito, a gente vai sugerindo condutas. Às vezes elas mesmo falam: “Olha, eu acho que esse paciente precisa disso”. É às vezes, porque nem todo dia eu consigo fazer essa visita à beira leito. Mas o tempo todo elas passam os casos para mim lá na sala mesmo. É bem aberta essa transposição de informações. Às vezes essas interrupções dificultam, porque como tem muita rotina burocrática, papelada. E aí toda hora alguém me chama e eu tenho que parar meu serviço. Aí meio que o serviço não rende. Mas, de um modo geral, eu acho que funciona bem. É que tudo fica concentrado em mim, enquanto médica. Inclusive questões que não são médicas e que geram muita demanda de tempo para resolver. Por exemplo, o paciente X não quer comer. Aí vou eu ter que ir lá falar com paciente, falar com a família: “O paciente X não quer tomar o remédio”. O paciente tem o direito a recusar qualquer medicação, desde que ele esteja ciente dos riscos que aquilo vai trazer, ele tem direito. Eu não tenho que ficar lá tentando convencer a pessoa a não evadir do hospital, a tomar medicação, a respeitar a equipe. Só que acaba que o peso ficando todo para mim. E, querendo ou não, o enfermeiro passa e fala uma coisa, quando eu passo e falo a mesma coisa, é como se realmente tivesse um efeito

maior. Então, por isso que acaba que sobra tudo para mim, porque meio que é a gente que vai conseguindo resolver. Mas eu fico muito sobrecarregada, extremamente, porque é o tempo todo me chamando para resolver coisas que não dependem só de mim, entendeu? Quando eu falo coisas médicas, é porque tem coisa que só eu posso fazer. Uma prescrição, só eu posso fazer. Procedimento, só eu posso fazer. Agora ir lá e conversar com o paciente, qualquer um pode conversar e falar dos riscos. Então, eu tenho a parte que só eu faço e mais essa parte que qualquer um poderia fazer, que também acaba sobrando para mim.

Nota-se que, para estes participantes, o lugar de destaque ocupado pelo médico carrega certo desconforto. Embora pessoalmente ambos possam ter uma postura de maior abertura e reconhecimento da importância da atuação dos demais colegas, institucionalmente é difícil fugir a esse lugar centralizador. Entende-se, por exemplo, que a internação e a alta hospitalar sejam procedimentos médicos, mas entre esses dois extremos há espaços para discussão, como nos lembra a colega enfermeira que questiona os motivos pelos quais ela pode fazer a inserção de um PICC, mas não solicitar o exame para verificar se o posicionamento está correto.

Os dois médicos eram, à época da pesquisa, residentes. O que significa que, embora não ocupem os mais altos postos na hierarquia médica, são os principais responsáveis, da parte médica, pelo funcionamento dos setores assistenciais em que se encontram. Além disso, as cargas de trabalho da residência são mais extensas do que qualquer outro contrato de trabalho, e ainda são costumeiramente complementadas por plantões extras. Entende-se que a residência é uma fase de aprendizado, de treinamento em serviço, mas cabe a discussão sobre o desgaste a que são submetidos estes profissionais que estão sendo formados e ofertados aos usuários.

A questão da carga horária e do regime de trabalho é uma que também perpassa as demais categorias profissionais. A continuidade do cuidado, a possibilidade de vinculação com pacientes e familiares e a organização do serviço são impactadas pela disponibilidade da equipe enquanto diaristas ou plantonistas.

Nestes trechos, percebemos também que os médicos compreendem que sua palavra frequentemente tem um peso diferente na comunicação com pacientes e

familiares. E este peso é sentido de diversas formas, principalmente quando os profissionais são convocados a resolver demandas que não são especificamente suas — mas também não são propriamente de ninguém.

De modo geral, o principal elemento facilitador do processo de trabalho identificado pelos profissionais foi a possibilidade de compartilhar os casos que o trabalho institucional oferece, vivenciado nos atendimentos conjuntos, nas discussões de caso, nas visitas multiprofissionais e na divisão de responsabilidades para o manejo e condução de situações diversas e adversas.

8.2.4 Comunicação entre a equipe assistencial e a gestão

Assim como nos outros tópicos, a percepção dos profissionais sobre a comunicação com a gestão varia de acordo com sua inserção institucional. Os participantes entrevistados eram todos assistenciais, não exerciam atividades exclusivas de gestão, ainda que pudessem ter um papel de coordenação na equipe a que pertencem (o caso da enfermagem no plantão, por exemplo, em relação aos técnicos e auxiliares).

De modo geral, os profissionais relataram mais proximidade e facilidade de acesso as suas chefias diretas do que à direção, destacando o ambiente hierárquico das instituições hospitalares. Alguns mencionaram reconhecer iniciativas de aproximação com os níveis superiores de gestão e tentativas de aproximação e solução de problemas. Outros já destacaram principalmente os entraves e o distanciamento nessa relação, percebendo-se pouco ouvidos e pouco considerados no planejamento de ações e de melhorias para a assistência.

[Entrevista 8]

Por exemplo, a nossa coordenadora maior, ela nem sabia o que era nossa especialidade. Tem isso, esse desconhecimento do que você faz aqui dentro também é muito determinante do que vão te pedir, do que você vai precisar. O que às vezes eu acho bom e às vezes eu acho horrível. Mas parece que o canal de comunicação é um pouco mais fácil quando é com a chefia direta, chefia imediata, do que com a alta gestão. E também tem uma diferença do que é ter uma gestão da clínica e uma gestão por especialidade. Parece que também

funciona um pouco melhor quando é uma gestão do setor, do que quando você tem que ver com a chefia dela que está de fora, que está em outro espaço. Isso também dificulta. Tem essa coisa segregada por especialidade, que esbarra em tudo, no paciente, no nosso processo de trabalho, em tudo. Por que como você vai falar com a gestão de outra especialidade sem que entre como algo persecutório, de briga, de apontamentos? Sei lá, eu acho que tem um pouco isso: “Por que que você está se metendo no meu e por que você está me trazendo mais coisas?”

[Entrevista 9]

Quanto à gestão, eu acho que a gestão é meio unidirecional, é de cima para baixo e acabou. Pelo menos a de enfermagem, eu sou meio alienado quanto às outras. Então, assim, meu diálogo é com a minha coordenadora e a minha coordenadora, ela tem o pulso firme: “É como eu estou falando e acabou”. Poxa, a gente tenta propor algumas coisas: “Olha, se eu fizer isso, talvez melhore”. Mas aí ela fala: “Não, isso aqui é assim”. E acho que com o tempo vai cortando, vai te tirando querer trazer soluções novas. Eu acho que esse é um ponto. E eu acho que deve ser a mesma coisa que a minha coordenadora passa com a chefe dela. É bem rígido e eu acho que isso não é legal, realmente desanima. Teve outros coordenadores nesse período que eu sentia que ouvia mais o que a gente tinha a dizer, eram mais próximos, compareciam ao setor, perguntavam o que a gente achava daquilo. Acho legal, acho que poderia fazer isso. Mas a gente dava nossas opiniões. Às vezes aceitavam, às vezes não, mas tinha um canal, dava para ser mais participativo.

[Entrevista 10]

Então, a gestão até escuta, só que o que também dificulta são essas questões de contrato. Mudanças já gerariam questionamentos superiores. Porque, por exemplo, eu posso pedir um raio X para verificar uma sonda enteral, que sou eu que insiro, posso pedir esse raio X que é de abdômen. Naquele contrato está falando que eu posso pedir esse, mas o de tórax não. Ou seja, não é uma questão técnica. Então, por mais que a diretoria talvez quisesse tentar ajudar, nesse momento eles também não conseguem, porque aí entraria também o processo de contrato. Teria que esperar vencer um, para entrar com adendo para esse novo contrato. Eu acredito que seja assim. Mas para ouvir, eles ouvem, só que muitas vezes realmente eles não conseguem ajudar. Mas para ter contato com a gestão a gente usa muito a questão hierárquica, mesmo. Primeiro se reporta a nossa coordenadora, aí ela geralmente já

transmite para a diretoria de enfermagem. E aí eles conversam entre diretorias, mas sempre respeitando essa hierarquia.

8.3 Articulação do hospital com a rede

Neste tópico, a partir da questão “Como se dá o contato entre o hospital e demais pontos da rede de atenção à saúde?”, procuramos investigar a inserção do hospital na rede de atenção à saúde, buscando compreender a percepção dos profissionais a esse respeito.

Observa-se que as percepções são distintas a depender da categoria profissional, assim como das expectativas e experiências prévias de cada participante. Por exemplo, categorias que se percebem mais ativas na articulação de casos com outros serviços — como psicologia, serviço social e terapia ocupacional — apresentam olhar mais crítico quanto à maneira como se dá este processo. Nota-se a mesma avaliação em profissionais que têm experiência em serviços de atenção básica, cuidados paliativos e saúde mental, áreas em que a interdisciplinaridade e articulação de rede tendem a estar mais avançadas em comparação com o ambiente hospitalar. Para estes profissionais, seria benéfico para o processo de trabalho e traria melhorias para o cuidado do paciente se tais condutas fossem disseminadas entre as diferentes categorias profissionais e diferentes níveis de gestão, de modo a se tornarem práticas institucionalizadas, não personalizadas.

[Entrevista 2]

Então, acho que isso depende do profissional que está, dos profissionais que estão, no caso. Não é uma coisa instituída formalmente, oficialmente, de que aqui funcionamos assim. Depende de quem está no caso, se tem esse interesse. Se tem esse interesse, a pessoa vai atrás e faz os contatos, inclusive para colher história, ou para encaminhamento. Depende de quem está no caso, se tem interesse ou não, disponibilidade ou não, para fazer isso e para entender a importância disso. Mas, oficialmente, isso não é modo de trabalho, não faz parte do processo de trabalho daqui. Talvez aconteça mais com alguns, porque tem mais noção de rede, e também porque ele se preocupe mais com o paciente no sentido de

“ele sai daqui hoje, me preocupo com o que vai acontecer com ele amanhã”. Se ele vai receber o atendimento lá fora, se vai ter consulta, se ele vai seguir sendo assistido. Acho que talvez basicamente seja uma preocupação genuína com o paciente, sabe? Que ele não esteja largado, tipo: “Saiu da minha porta, não é mais meu, dane-se”. É uma preocupação que se estende para além da alta.”

[Entrevista 4]

Eu acho que a rede não funciona também bem, porque a gente também não aciona o tanto que precisa. Eu digo em questão de médico. Eu acho que até o serviço social, a psicologia, psiquiatria, a gente consegue fazer esses encaminhamentos. Mas eu acho que os outros às vezes fica um pouco defasado, sim. Acho que o encaminhamento fica mais concentrado em algumas categorias profissionais. Tem coisa que eu, como assistente social, preciso orientar o médico a fazer, porque o paciente não sabe e o médico muito menos. Porque, assim, muitos residentes vêm de fora, de outro estado, e não tem conhecimento do fluxo de São Paulo. Esse encaminhamento às vezes deixa de ser feito, por exemplo, no final de semana que o paciente fez cirurgia, subiu [do centro cirúrgico para a enfermaria] e foi embora. Eu não vi esse paciente, esse paciente provavelmente vai sair sem nada. Então, assim, eu entendo que também é corrido para os médicos, mas são algumas coisas que é muito importante, até para autoestima do paciente, enfim. É bem complicado. A gente tenta de alguma forma fazer o acesso desse paciente, mas fica bem complicado, porque tudo é muito difícil, tudo passa pela gente. E aí eu acho que às vezes a gente não consegue atender da forma que deveria.

[Entrevista 10]

Seria interessante ter mais contato, mas eu acho que o tempo seria o maior dificultador. Na rotina da enfermagem, a gente acaba talvez se preocupando um pouco mais em alguns momentos de alta, para fazer o encaminhamento para o clínico, ou uma solicitação de fralda... Aí a gente sempre pergunta se tem UBS próxima, fala pra ir lá marcar consulta. Se eu tivesse realmente um tempo de falar, de ligar lá e falar com a enfermeira da região para ela acolher o paciente, isso faria sentido no meu dia. Seria muito bom. Eu já fui de estratégia e já recebi ligações de enfermeiros de hospitais dizendo que: “Olha, paciente tal esteve comigo, está indo de alta, pode dar um suporte aí?”. Aí a gente fazia a visita domiciliar já sabendo

que ele tinha essa alta. Ou a gente recebia uma listagem semanal do hospital da região, e ele mandava o nome dos pacientes internado e com previsão de alta para cada UBS. Eu acho que eles tinham um núcleo lá dentro que fazia isso, porque não é fácil de procurar. Fazia muita diferença o hospital fazer contato e avisar, fazia muita diferença no acolhimento do paciente. A gente chegava lá, levava material de curativo, já ensinava a fazer o que precisava. Porque às vezes no hospital não dá tempo de ensinar, e o paciente se sentia mais seguro de ter esse apoio da UBS, da unidade que é perto da casa. Aí às vezes não precisa sair correndo para o hospital, porque tem um ponto que estourou, a gente ia lá e fazia isso, retirava o ponto quando precisava. Então, eles se sentiam mais apoiados, mais seguros.

Além disso, percebe-se que a visão dos profissionais varia também de acordo com sua inserção na própria instituição. A depender da equipe, do setor e dos projetos institucionais em que esteja inserido, o participante vivencia sua experiência de trabalho de maneira distinta. Assim, não se pode pensar na instituição hospitalar como um bloco homogêneo, mas como um abrigo de multiplicidade de relações e fazeres, o que traz desafios para seu funcionamento e gestão, mas também apresenta um terreno fértil de experimentações e possibilidades. Uma das questões apontadas pelos profissionais foi a percepção de que a rotina de realizar discussões do caso com outros serviços e articular a transição do cuidado do paciente ainda é uma iniciativa pessoalizada, não percebida como institucionalizada. Ao mesmo tempo, alguns profissionais reconheceram na instituição esforços para organizar a comunicação com o território e garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

[Entrevista 14]

A EMAD [Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar] vem fazer visitas, a gente acaba muitas vezes acompanhando. Se é no horário em que a gente está, a gente acompanha a visita, discute os casos. E está tendo esse projeto de desospitalização que estão começando, e querendo fazer PTS [projeto terapêutico singular] dos pacientes. Então, estão discutindo com o NIR [núcleo interno de regulação] para

conseguir consulta de especialista para tentar agilizar, dar mais rápido a alta, sabe? De tentar resolver o caso do paciente mais precocemente. Está tendo bastante contato com EMAD, estão acionando várias equipes de EMAD. Eu voltei de férias e soube disso ontem. Eu fiquei bem animada, porque a gente vê as coisas caminhando. Eu acho que é importante, porque pode dar mais suporte para o paciente. Tem muitas vezes que a pessoa fica perdida, porque o fluxo da UBS é um pouco mais demorado, aí pelo Hospital a gente consegue as coisas um pouco mais rápido. Então, por exemplo, o paciente com câncer de mama já sai para consulta agendada com o especialista, não vai precisar ir na UBS agendar consulta, esperar. Então, assim, a gente consegue agilizar a fila do serviço de reabilitação, ver se o paciente realmente chegou. Porque muitas vezes a gente fala para o paciente todo o fluxo e ele se perde, o paciente se perde. Não que o fluxo não funcione, não é isso, mas ele se perde para chegar na UBS, não vai. Então o CER [Centro Especializado de Reabilitação] consegue fazer uma busca ativa desse paciente, porque a gente passa informação, então o paciente vai ter mais acesso, mais rápido ao serviço de reabilitação. Então, eu acho que ajuda bastante.

A questão da alta foi frequentemente mencionada pelos participantes. Por diversos motivos, a alta é um procedimento nodal do processo de trabalho hospitalar. Vale destacar a palavra “procedimento”, no sentido de que a alta é um processo, que culmina com o ato administrativo de remoção do paciente do sistema de gestão hospitalar e sua saída física do hospital, mas com diversas ações que antecedem este momento. A reinternação precoce ou por condições sensíveis à atenção básica foi o principal problema identificado pelos participantes nos casos em que a articulação com a rede apresenta alguma falha.

[Entrevista 1]

Reinternações é de praxe acontecer quando não se tem essa articulação. Quando o paciente recebe alta, ele ainda, no geral, ele precisa de um cuidado, ainda que menos complexo. Se esse cuidado não continua acontecendo, ele tem um risco muito grande de piorar o quadro dele e tudo mais. A gente precisa contar que os equipamentos que estão a par vão dar continuidade para esse cuidado. Se não tem articulação bem

feita, pode acontecer de esse cuidado não rolar. O paciente recebeu alta e parece que acabou o cuidado de saúde. A reinternação eu acho que é o mais básico, assim. O paciente é internado com a mesma questão que ele internou da primeira vez, sem necessidade. Porque em alguns casos da reinternação, dependendo do quadro, da gravidade, vai acontecer. Mas, em muitos casos, a gente vê que poderia ter sido evitada a reinternação.

[Entrevista 7]

Eu acredito que o hospital precisa se preocupar com o pós-alta também. Porque, senão... Tudo bem que existe uma rede de saúde que dá esse suporte no território do paciente, mas se a gente não acionar, se a gente não avisar: “Olha, vai chegar um paciente assim, assim, assado, para vocês”, como que eles vão saber? Tem algumas UBS que tem o agente de saúde. Mas e se é uma família que não era acompanhada? Então, a gente sempre orienta todos os pacientes que passam lá, que saem de alta. Eu sempre oriento a levar toda a documentação que recebem na alta para o “posto de saúde”, porque quando a gente fala UBS, muitas vezes eles não sabem que a UBS é o postinho. Eu acho que são poucos serviços da rede que me deram algum tipo de problema, pelo contrário, a maioria sim é bem atenciosa. Assim, eu não pergunto depois como que está esse acompanhamento. Mas essa transferência do paciente tem sido positiva. Eu acho que o papel do assistente social acaba sendo esse aqui no hospital. Não só garantir e orientar sobre os direitos que ele tem aqui dentro, mas justamente garantir no território que ele vai ter o acesso ao atendimento que ele necessita, isso acaba sendo a nossa parte também.

[Entrevista 13]

Quando eu estava na outra enfermaria, por exemplo, a gente mandava muito paciente com controle de INR [Razão Normalizada Internacional, exame para avaliação do tempo de coagulação] e as unidades de saúde simplesmente não fazem, ou falam que não tem médico. Justificam da forma que eles acham que é. E aí, o paciente perde segmento, é muito difícil manter o segmento. Eu fiquei meses acompanhando um paciente que vinha aqui de 15 em 15 dias mostrar o resultado dele. E eu falava: “Não é possível que você não conseguiu acompanhamento no posto”. E ele: “Até hoje não consegui, doutora, não tem médico”. Então, assim, os pacientes têm muita dificuldade de fazer esse segmento, muita dificuldade

mesmo. E a pior parte é fisioterapia. A fisioterapia é um caos. E para os meus é mandatório, nenhum meu vai embora sem precisar de fisioterapia. Esse ano, no início do ano, teve uma situação que eu fiquei extremamente chateada. Um paciente paraplégico foi embora. E aí não teve o mínimo de atenção da unidade básica e ele voltou para cá séptico e morreu por falta de um cuidado básico com sonda vesical de demora. Então, é muito difícil, não consigo contato quase com as equipes, sabe? Não tem essa ligação. Nunca consegui. Na verdade, eu consegui falar uma vez, sobre um paciente que era HIV positivo. Consegui falar com uma médica responsável pela medicação lá da Secretaria Municipal de Saúde mesmo, uma infectologista. Porque era um caso, assim, dramático. A gente não sabia mais o que fazer e ela me deu bastante suporte. Mas, de um modo geral, não existe essa comunicação. Quem faz muito é a assistente social, mas no sentido mais informativo. Eu não vejo como uma troca, é unilateral: eu mando e não acontece e fica por isso. É frequente reconhecer paciente que está retornando, porque teve essa falha no cuidado lá fora, desses pacientes que são mais dependentes. Agora um paciente que sai daqui num status melhor, aí nem tanto. O que eu vejo também é o quê? O paciente mais complica quando não tem um suporte familiar. Quando a família realmente abraça a causa de ajudar nos cuidados do paciente, isso quase não acontece. Porque eles vão atrás. Se não está dando certo na unidade, eles trazem na UPA, eles acabam resolvendo de uma forma ou de outra. Mas quando esse suporte familiar não é tão presente, aí nada acontece mesmo, aí a coisa desanda.

O trecho abaixo, no qual o colega reflete sobre o modelo biomédico e a redução das possibilidades terapêuticas, convoca à reflexão sobre o tipo de cuidado que produzimos. Ainda que tenhamos uma visão realista e que considere as impossibilidades de se resolver “todas as questões” do paciente durante a internação, se considerarmos a integralidade como princípio na organização da assistência, podemos pensar que outras ofertas seriam possíveis durante a internação, para além do cuidado apenas ao motivo da hospitalização, mas que poderiam também ser objeto de intervenção e produção de saúde, se fosse também de desejo do usuário.

[Entrevista 9]

Eu acho que, por a gente ter esse modelo biomédico, é uma via de mão dupla. Ajuda, mas atrapalha também. A gente segue aquela prescrição e acabou. Eu acho que, por um lado, dá uma assistência mais rápida. Só que você ignora muitas outras coisas e isso é ruim, mas por um ponto acaba sendo mais prático. Tipo, focado naquilo e resolve só aquilo. Por exemplo, hoje mesmo eu estava fazendo anotação e o médico estava conversando com uma acompanhante e a acompanhante falando: “Poxa, eu não tenho estrutura para dar dieta por sonda, para dar banho nele no leito”. E o médico falou: “Não, mas ele internou por causa do pé. A gente já tirou da emergência. Agora, não tem porque ficar no hospital só por causa disso”. Aí a gente fala “p*** m****”, para o médico. É muito mais fácil e pra gente também: cuidou do pé, agora vai embora, porque a gente precisa do leito vago para atender outro paciente. Só que para o paciente vai ser horrível, talvez vai gerar algum outro problema e ele vai internar. Mas é aquela coisa. Tem uma pressão para liberar o leito, para subir outro paciente, então facilita ser focado naquilo. Resolveu o problema, passa pra frente e “ele que se vire”. Mas sei que isso é ruim. Então, uma coisa que atrapalha é às vezes você sentir que pode dar mais, mas acaba não dando. Então, você bate com situações como essa, que fala: “Poxa, será que isso é certo fazer?” O cara está com problema. Mas aí você fala: “Mas o que a gente vai fazer?”. Se a gente falar “não vamos dar alta para o paciente”, vai vir um monte de gente falando: “Não, mas ele nem está precisando, o médico deu alta”. Essa pressão de liberar leito atravessa o hospital inteiro. É bastante gente pressionando.

Os participantes da enfermagem percebem os encaminhamentos concentrados principalmente nas categorias médicas e do serviço social. Quanto ao seu papel na alta, realizam as orientações para a continuidade do cuidado e reforçam as recomendações deixadas também pelo restante da equipe, mas não tem contato com os serviços e não participam da construção da articulação, apesar de seu papel fundamental na condução do tratamento durante a internação hospitalar.

[Entrevista 5]

Pelo menos quando eles [os médicos] deixam a alta, o resumo de alta, já mandam todos os encaminhamentos para UBS, para acompanhar nas UBS, os receituários para serem pegos. É bem esclarecido. Vem do médico, e a gente passa mais orientações, reforça orientação na hora deles assinarem a alta, o termo de alta, né? A gente não chega a ter contato com outros serviços durante a internação, só essa orientação para ele continuar o cuidado lá fora.

[Entrevista 15]

Não, a enfermagem, não [tem contato com outros serviços]. Tem mais diretamente via assistente social, que o médico dá um encaminhamento para a unidade de saúde, para a UBS. Ele já vai com uma cartinha para a UBS, e tem casos que a UBS às vezes tem um pouco de resistência, aí entre a assistente social, já liga para lá, já conversa, explica como o paciente está indo para casa, que precisa da assistência. Não só da UBS, mas também da EMAD que vai em casa cuidar do paciente. Mas é mais diretamente a parte da assistente social, fica mais concentrado nela.

Nota-se que o funcionamento da rede também não é percebido de maneira homogênea pelos participantes. Há, historicamente, um distanciamento da assistência hospitalar e da atenção básica, e até certa cultura de desvalorização de um pelo outro, como se o hospital produzisse apenas um cuidado fragmentado e desvinculado do paciente, e como se o cuidado prestado pela atenção básica fosse de menor complexidade ou qualidade. Apesar disso, vemos uma movimentação profissional e institucional para o estreitamento destes laços e a maior fluidez da transição de cuidado, em benefício do paciente e da melhoria dos processos de trabalho.

8.4 Percepção de satisfação

Aqui, a percepção de satisfação é explorada em duas frentes: a percepção do profissional quanto à satisfação dos pacientes e familiares em relação à hospitalização e sua própria satisfação com o trabalho, como se segue:

- a) Qual você acha que é o grau de satisfação dos usuários com a assistência recebida? O que poderia ser feito para melhorar?
- b) Qual seu grau de satisfação com o trabalho realizado? O que poderia ser feito para melhorar?

O questionamento sobre a satisfação dos pacientes não é, assim como nenhuma das perguntas feitas, uma avaliação de qualidade institucional. O objetivo não é realizar uma avaliação quantitativa e pontuar o atendimento com dados de segunda mão. Uma pesquisa de satisfação de fato deveria ser conduzida de outra forma. A proposta aqui é dar destaque para um elemento que frequentemente atravessa o relacionamento entre pacientes e profissionais: as queixas e elogios. A partir disso, podemos refletir sobre oportunidades de melhoria no processo de trabalho e sobre as diferentes experiências vivenciadas no ambiente hospitalar, ainda que apenas sob o prisma do profissional de saúde.

O intuito é explorar com os participantes o que observam em seu relacionamento com os usuários enquanto estão sob seus cuidados, a respeito de sua experiência de hospitalização. Esta questão também traz, inevitavelmente, concepções dos profissionais sobre a organização do trabalho. A satisfação do profissional e do paciente são elementos conectados, ainda que os atores possam ter diferentes interesses e prioridades em seu relacionamento com o ambiente hospitalar.

Os profissionais referiram perceber os dois extremos: pessoas muito satisfeitas, e muito insatisfeitas. Por vezes, os sentimentos conviviam nos mesmos pacientes e familiares. A satisfação vinha de relatos nos quais os pacientes referem aos profissionais terem sido bem cuidados, bem atendidos e, principalmente, nas situações em que tiveram seu problema resolvido e receberam uma alta hospitalar com melhora. De modo geral, os profissionais percebem que os pacientes reagem também de acordo com suas expectativas em relação ao tipo de cuidado que receberiam:

[Entrevista 8]

Eita, difícil. Então, tem uns que eles ficam muito satisfeitos, nossa, agradecem muito, sabe? Elogiam demais o médico, a equipe de enfermagem. Aí, você entra no outro quarto, o outro paciente está enlouquecido porque não foi trocado, porque o médico não conversou, porque o fisio não passou, porque a

fono não foi, porque eu não levei tal coisa. Me coloco também nas reclamações, obviamente. Mas eu não consigo falar de maneira geral se eles estão satisfeitos ou não. Eu não acho que ele sai daqui supersatisfeito, porque é um hospital que teria milhares de elogios e tal. Mas também não acho que ele sai só insatisfeito, pelo menos não os que eu atendo. Mas eu percebi que a leitura é muito individual de como cada um percebe o cuidado, sabe?

A falta de profissionais aparece como um elemento que precariza o cuidado, expondo o paciente e familiares a riscos e desconfortos e o profissional ao desgaste de rotineiramente precisar escolher o que priorizar e onde falhar, como mencionado nas entrevistas abaixo:

[Entrevista 4]

Eu vou colocar pela minha clínica, porque o pronto-socorro é o caos. Eu acho que cinco. Eu vejo que a enfermagem tem essa situação de não ter equipe na quantidade necessária, mas eu vejo que também falta bastante do profissional nos cuidados. Então, pelas reclamações que eu recebo desses cuidados, por essa falta de contato para poder conversar com médico para esclarecer dúvidas, eu acho que cinco. Eu acho que falta recursos humanos mesmo, falta gente para poder suprir.

[Entrevista 10]

Olha, se for pensar assim, de 1 a 10, em geral eles colocam 6 a 7. Mais pela gratidão do paciente estar saindo de alta. Claro, eles gostariam de ter melhores móveis, um ambiente melhor, um cuidado também. Não que seja ruim, mas eles percebem também que tem poucos funcionários e que nem sempre dá para fazer tudo que seria o ideal. Então a gente sente que as famílias percebem. Algumas entendem melhor, falando: “Vou aprender também a fazer, vou trocar fralda, me dá que eu mesmo faço”. Mas no geral não é o ideal. E outras já visualizam como ruim e realmente não é bom, mas já vem com agressividade: “Nossa, não foi feito na hora que eu pedi”. Mas às vezes eu não consigo ir lá, entre uma prioridade, por exemplo, de trocar uma fralda e deixar de medicar o paciente que está com uma febre, ou está com uma questão respiratória grave, naquele momento que eu preciso dar aquela atenção. Então, às vezes eles não entendem. A gente sabe que eles têm

um pouco de razão, mas é complicado. Se tivesse um número maior de profissionais, não ia precisar ficar fazendo essas escolhas o dia inteiro. E sempre tem algum tipo de situação parecida no plantão.

Alguns profissionais destacam a satisfação do paciente associada a resolução da causa da internação:

[Entrevista 12]

[O grau de satisfação] passa dos 90%. O pronto-socorro é outra conversa, mas nas enfermarias passa de 90%. Não vai ter conforto, não tem conforto. Você olha a parede, está caindo. O teto é feio, o lugar é feio. Mas o serviço é de qualidade. A gente resolve os problemas dos pacientes, entendeu?

[Entrevista 9]

Eu acho que, no geral, eu colocaria aqui que é boa. Não é ótima, não é ruim. Boa. Porque eu acho que a gente resolve o problema do paciente. Tipo, o porquê ele veio. De certo poderia ir um pouco mais além, tal, mas para ele ali, ele estava com dor, precisou fazer uma cirurgia, resolver uma apendicite, resolver de uma hérnia, resolver uma pedra na vesícula. Aí tem os problemas que são maiores, né, que se ele resolver ele vai ficar feliz, se não vai ser mais complicado.

A demora na resolução dos problemas, por sua vez, é percebida como grande causa de insatisfação dos pacientes e familiares:

[Entrevista 11]

Tem uns que ficam supersatisfeitos. Agora tem uns que ficam bem insatisfeitos. Quanto mais tempo fica, mais insatisfeito fica. Eu acho que juntam várias questões. Agora tem uns que estão bem satisfeitos aqui, que resolveram o problema: veio, operou, foi embora. Aí, às vezes, aqui demora muito para fazer a cirurgia. Aí eles vão ficando muito tempo. Tem fases também. Tem fases que está todo mundo aguardando cirurgia, aquela coisa bem pesada, que está todo mundo insatisfeito. Tem fase que está tudo rodando, está todo mundo fazendo cirurgia. Agora está numa fase até que melhorzinha. Mas tempos atrás estava uma coisa bem ruim, estava todo mundo esperando cirurgia, estava todo mundo brigando, insatisfeito todo mundo, um bom tempo internado, ninguém sabia quando ia operar. E

isso também é uma coisa que dificulta o trabalho de todo mundo. Fica todo mundo infeliz, o paciente, a família e a equipe. Porque a gente entra para atender, ele está mal-humorado, ele não quer fazer, não quer comer, já joga a comida. Aí começa a ter várias questões.

[Entrevista 13]

Sabe que eu nunca parei para pensar? Mas assim, de um modo geral, sempre agradecem, elogiam. A reclamação, que é de todos, é a demora em sair a cirurgia. Isso aí é geral. Porque é um ou outro que chega e opera rápido. Essa semana a gente vai ter caso de gente que internou tem pouco tempo e já vai operar, mas isso é raro. Normalmente é 30, 40, 50, 60 dias internada, esperando agendamento. Isso é reclamação geral, isso aí gera insatisfação. Mas em relação à assistência, de um modo geral, eu vejo pouca reclamação. Tem essas reclamações pontuais de algumas condutas, mas de modo geral eu acho que é mais positivo do que negativo.

Finalmente, o relacionamento e a comunicação entre usuários e profissionais também é percebido por estes como um elemento essencial, que pode contribuir tanto para a melhora quanto para a piora dos níveis de satisfação da assistência.

[Entrevista 1]

Eu acho que, no geral, a insatisfação é maior do que a satisfação. E isso por diversos fatores, por condições mesmo que um hospital público tem a oferecer, condições estruturais, de tempo de espera para fazer um exame, para fazer algum procedimento específico, alguma cirurgia. Porque não é um hospital que tem todos os procedimentos, todas as coisas. Mas eu acho que o que pega mais é a questão da relação com os profissionais, porque ninguém quer ser maltratado, ainda mais numa situação de fragilidade. Então, isso geralmente é o que traz mais dor, mais insatisfação. Não dá para pensar em estrutura física sem pensar em Recursos Humanos. Até porque eu acho que o nosso maior problema dentro do trabalho não é estrutura física, apesar de ser um hospital público. Mas a questão dos recursos humanos pega para tudo. Se eu fosse gestora, o que mudaria era uma gestão de pessoas. Não dá para pensar no cuidado de outro ser humano se você não está cuidando de quem está cuidando. E é clichê isso, mas não tem como fugir disso. E aí, de quantidade de profissionais, porque isso sim. A gente não sofre com estrutura física, mas sofre com estrutura de recursos humanos, com

não ter profissional suficiente para atender a quantidade de pacientes. De cuidar desses profissionais, porque no geral a maioria está adoecido, não só pelas condições de trabalho, mas pelo tipo de relações que são estabelecidas, pela sobrecarga também.

[Entrevista 7]

Olha, eu costumo dizer assim: quando o paciente é escutado, quando ele é ouvido, ele sente que está sendo olhado, ele sai daqui com uma boa impressão. Agora, quando o paciente tem algum problema com qualquer um da equipe e isso magoa ele, ele se sentiu humilhado ou se sentiu desrespeitado, mesmo que às vezes nem foi a intenção de alguém da equipe, mas aí ele fica a internação inteira com esse olhar negativo, entende? Então, assim, eu sempre procuro conversar muito com a equipe, tento passar isso para os outros profissionais. Eu falo assim: “Gente, calma, escuta um pouco, tenha paciência”. E aquela resposta: “Eu tenho mais 10, eu tenho mais 20 para olhar, não dá para ficar aqui toda hora respondendo a mesma coisa”. Eu sempre procuro falar para eles: “Olha, se você vê que está tendo dificuldade com um paciente, leva outro da equipe para conversar”. Muitas vezes os pacientes querem saber os porquês das coisas ou não entendem o que o médico falou, e isso traz uma angústia muito grande. No final, acaba tendo essa percepção de que “não fui bem atendido, não fui esclarecido”.

A declaração de satisfação dos próprios profissionais também variou consideravelmente. Esta é uma questão relevante para a clínica ampliada e compartilhada, dado que a satisfação profissional e a qualidade de vida no trabalho têm impactos na saúde dos profissionais, nos índices de absenteísmo e nas relações que se estabelecem entre as equipes e destas com os pacientes e familiares

Curiosamente, um elemento identificado como potencializador da qualidade do trabalho foi a disponibilidade do paciente durante a internação, o que permite acompanhar sua evolução e fazer ajustes com maior agilidade em comparação ao modelo de atendimento ambulatorial. O grande número de pacientes, que aparece também como uma fragilidade da rotina assistencial, é apontado por dois profissionais como um elemento positivo, por permitir o aprendizado constante pela exposição aos diferentes casos.

Para alguns, a satisfação é grande e o trabalho segue sendo fonte de realização profissional, apesar do cansaço e de dificuldades do cotidiano. É o caso, por exemplo, dos entrevistados a seguir:

[Entrevista 15]

Eu vou dizer para você: eu amo isso. Eu amo do fundo do meu coração. O dia que eu decidi fazer esse curso, eu vejo, assim, que foi Deus que dirigiu. Porque eu já vinha procurando o que eu ia fazer, e passei certo dia em frente a uma escola, e ali tocou no meu coração. Eu desci, estava no ônibus, desci, fui ver quando ia começar, me inscrevi. E, no meu primeiro estágio, eu falei: “É isso que eu quero”. Então, isso aqui é gratificante para mim, cada dia ter o dever cumprido, minha tarefa cumprida, fazer a minha parte. Eu luto para fazer o melhor, eu quero ser o melhor, fazer o melhor para o paciente, para a instituição, prestar uma assistência diferenciada. Isso para mim é satisfatório, fico muito feliz. Todo dia eu chego em casa, às vezes fico preocupado quando fica alguma coisa que não deu para fazer. Mas eu saio daqui com a minha cabeça com tranquila com dever cumprido todos os dias.

[Entrevista 14]

Agora eu estou voltando de férias, estou bem satisfeita. Eu saí de férias e vejo que a minha questão não é em relação ao trabalho, é a minha rotina que me deixa mais cansada. Pelo trabalho, eu estou num momento muito bom mesmo, estou bem satisfeita com o trabalho. A minha rotina que é muito cansativa. Geralmente, profissional de saúde trabalha em dois. Serve para a gente perceber que o problema não é o trabalho, porque muitas vezes a gente fica achando que é o serviço e não é. Eu realmente gosto do que eu faço, e pelo menos aqui na enfermagem eu tenho mais oportunidade de fazer aquilo que eu gosto, que eu sei. Então, isso me dá mais conforto e mais confiança. Falta muito equipamento, poderia fazer muitas outras coisas, mas me sinto satisfeita.

[Entrevista 11]

Eu estou satisfeita. Sei que tem os problemas, qualquer lugar que a gente for trabalhar vai ter problema. Mas eu estou satisfeita. Eu estou no horário que eu queria estar, sempre quis trabalhar de manhã, consegui minha vaga de manhã, trabalho só de segunda a sexta, faço um final de semana ou outro quando precisa ajudar, mas profissionalmente é o que eu queria. Tem os problemas? Tem. Mas eu estou bem. Às vezes, eu estou sobrecarregada, tem que cobrir outros setores, eu faço o que dá. Faço o meu melhor, mas faço o que dá. Não vou ficar também me matando, porque depois eu vou ficar ruim. Mas estou satisfeita.

[Entrevista 10]

Ah, realmente eu gosto. Não acho ruim. Tem esses pontos que a gente sempre põe como pontos a melhorar, mas em geral eu

gosto. Eu gosto, eu acho que é um trabalho que é feito com bastante respeito ao paciente. A gente sente que as pessoas trabalham com vontade de ver o paciente ir embora bem. Eu gosto bastante, eu vejo que tem uma função boa. Os pacientes conseguem melhorar, a gente vai embora se sentindo bem. Fazendo seu serviço com o máximo que você consegue dentro daquela situação. Poderia ser melhor? Poderia. Mas para hoje, infelizmente, é o que nós temos. A gente precisa ter empatia, precisa se colocar no lugar dos outros. Senão a gente não consegue. Se a gente for a ferro e fogo, você não consegue trabalhar, porque é realmente muito difícil.

[Entrevista 13]

Assim, de um modo geral, acho que o trabalho que eu consigo fazer tem sido bom. Estou satisfeita. Cansada? Sempre. Exausta mentalmente? Muito. Como eu falo, com muita sobrecarga. Eu vou para casa, fico pensando nos pacientes, principalmente os que são mais graves. Mas eu acho que aqui é um serviço muito bom, mesmo com as dificuldades que a gente tem, mas eu acho que ele funciona bem.

[Entrevista 9]

O meu grau de satisfação acho que está em torno de sete. Nem zero, nem dez. Eu acho que eu consigo, na minha função, eu acho que eu consigo desempenhar ela. Tem os seus atritos, mas dando apoio para auxiliar, para o médico desempenhar o papel dele. No que depende de mim, no que está ao meu alcance, eu consigo fazer bem, me traz uma satisfação. Assim, focando ali na questão biomédica mesmo, exclusivamente. Acho que para melhorar é ouvir os nossos apontamentos para melhorar o serviço, participar mais das decisões junto com os médicos e os pacientes, acho que melhorar o diálogo com a equipe médica, com a equipe multi, também todas as equipes.

Já para outros colegas, a insatisfação é fonte de sofrimento e aparece associada à frustração com o processo de produção de cuidado e se manifesta em cansaço e desesperança:

[Entrevista 1]

Bem, qual que é o grau mais baixo? Bem insatisfeita, extremamente insatisfeita. De zero a dez, é zero mesmo. Não vejo esperança na construção. Acho que quando você ainda tem esperança de que alguma coisa pode ser construída, você

tem energia, isso vai te trazer alguma satisfação, uma possibilidade de satisfação. E é isso, quando a gente escolhe uma profissão no geral, a gente quer ter satisfação com ela. Eu escolhi a minha com sentido para minha vida, mas a insatisfação, a extrema insatisfação, passa também por presenciar e por fazer parte desse estilo de cuidado, que é um cuidado que eu não concordo, que eu vejo estourar nas pessoas que deveriam ser o centro de tudo. Isso traz uma insatisfação muito grande, porque a gente não está fora disso. A gente está incluído no que está acontecendo. E a gente não consegue cuidar por todas essas coisas que eu falei. E vê que a pessoa não está sendo cuidada. Então, não tem como ficar satisfeito. Tanto é que o que eu acho que ainda traz alguma satisfação é quando você acaba tendo um caso específico que o cuidado se dá de uma forma mais bonita, mais possível. Fã uma satisfaçãozinha, mas eu não percebo que isso seja suficiente nesse momento. Então, é zero mesmo.

[Entrevista 2]

Muito baixa. De esgotamento, de cansaço, de falta de esperança. De estar numa instituição que produz violência contra as pessoas, que produz descaso, que produz novos adoecimentos, e me sentir impotente diante de tudo isso. Eu acho que volta na questão da administração, sabe, das políticas internas. De você se sentir fazendo parte de uma equipe que trabalha com uma visão que faça sentido para todo mundo. Aquela história de todo mundo falar a mesma língua, de todo mundo trabalhar para o objetivo comum. Acho que isso também. Tem muitas vezes que a gente não sente muito, não acha que está todo mundo tentando cuidar como a gente costuma ficar tentando fazer.

[Entrevista 8]

Jura? Rindo de desespero. Eu tenho pensado nisso na minha vida, então é difícil de falar desse trabalho. Porque eu acho que eu estou insatisfeita com o cenário da saúde. A satisfação é muito grande quando eu vejo resultado positivo do atendimento do paciente. Mas, assim, se eu olhar de maneira geral eu não estou satisfeita. Acho que ajudaria a melhorar se eu sãisse desse cenário de saúde, porque, assim, quando você começa a pensar na saúde você pensa: “Beleza, aquela uma horinha foi ótima, ele conseguiu fazer”. Mas, quando você começa a

pensar numa intervenção em saúde, aí você vai avaliar a rotina, pensar nas atividades da vida dele: sai 5 horas da manhã para chegar tipo 7, 8 no trabalho, aí trabalha, aí sai 5 horas da tarde, demora mais 3 horas pra chegar em casa. Aí você começa a pensar que, para melhorar a saúde, ele precisa fazer uma atividade física, ter uma boa alimentação, ter qualidade de vida, ter os seus direitos, no mínimo, ter acesso a seus direitos. E aí, quando começa a olhar para isso, eu falo: “Mano, isso aqui não faz sentido nenhum”. Sabe? Se eu começo a parar para pensar nisso, aí eu falo: “O que que eu estou fazendo aqui?” Assim, não “aqui” enquanto hospital, mas enquanto profissional de saúde. Porque a gente entende a saúde como outros acessos, sabe? E isso me deixa muito insatisfeita. Muito. Então, eu tento diminuir a minha expectativa e tentar focar ali naquele ganho para conseguir sentir uma satisfação no meu trabalho.

Nota-se que uma estratégia utilizada pelos profissionais para tentar encontrar satisfação é focar no próprio trabalho, naquilo que lhe compete e sobre o que tem mais controle. Isto pode apontar para a existência de entraves nos fluxos institucionais; nos processos de compartilhamento do cuidado entre profissionais, equipes e serviços; e em preocupações mais amplas com os limites do atendimento em saúde em relação à complexidade da vida das pessoas e às diversas situações de risco e vulnerabilidade a que podem estar expostas.

Entre os profissionais mais e menos satisfeitos, podemos lançar o questionamento, que escapa a este trabalho, sobre o que faz diferença entre ambos. Além disso, como preservar a satisfação dos primeiros e, talvez, reverter a insatisfação dos últimos? Ainda que a satisfação profissional seja multifatorial e inevitavelmente atravessada por elementos pessoais, cabe às instituições avaliarem, entre seu corpo de funcionários, o que contribui e o que prejudica sua relação com o trabalho. Alguns elementos podem ser de difícil alteração pelas chefias no contexto do serviço público, como a faixa salarial, a carga horária e a composição das equipes. Mas os horários de trabalho, os setores em que os profissionais estão alocados, o aumento da participação da equipe assistencial nos processos decisórios e iniciativas de fortalecimento do trabalho em redes internas e externas são atividades mais factíveis para a gestão.

8.5 Sugestão de temas para atividade educativa

Para encerrar a entrevista, foi feita a seguinte pergunta: “Que temas você sugere para uma atividade educativa em clínica ampliada, para profissionais hospitalares?”. O intuito deste questionamento direto era explicitar algumas demandas dos profissionais e utilizar suas declarações como um dos fundamentos do produto técnico desta pesquisa.

A fala da colega abaixo concentra temas levantados por diversos participantes:

[Entrevista 8]

O que é clínica ampliada, do que se trata, como que se faz isso, a importância de intervenções, de algumas especificidades para melhora do paciente, sabe? Os dispositivos da clínica ampliada, o PTS, a visita aberta, a proposta de anamnese. A gente não tem que fazer tudo do zero. Tem algumas experiências que já funcionam. Às vezes, o profissional até sabe, ou até pode fazer isso, mas isso não é nomeado, isso não é dado como algo que tem que fazer parte do processo de trabalho, sabe? Mostrar que isso precisa acontecer, está instituído, que tem que acontecer, não que eu escolho fazer ou não. Porque, lá fora, rede não é uma escolha nossa, fazer ou não. Ela precisa acontecer. Território, rede, os serviços que compõem a rede. Mas eu acho que até para começar aqui, eu acho que teria que ter uma coisa do profissional saber o que cada um faz, como aciona, por que aciona. É anterior a isso, é conhecer os colegas. Me incomoda muito as pessoas não saberem o que o outro faz. Então, isso dificulta. Eu acho que teria que construir isso dentro do próprio hospital, da própria instituição, para, aí sim, conseguir construir com fora.

Alguns tópicos foram mencionados repetidas vezes ou se destacaram entre as falas. Por exemplo, a conceituação de clínica ampliada e compartilhada, suas ferramentas e seu potencial benéfico para pacientes, familiares, equipe e instituição. Em associação a este tema, alguns participantes reforçaram a importância de abordar conteúdos da Política Nacional de Humanização como estratégia para produzir mudança nos cuidados.

[Entrevista 14]

Eu acho que a gente não pode nunca esquecer do olhar de que o paciente é o centro. Então, por que que a gente está trabalhando? Qual é o nosso objetivo? Não esquecer que é o paciente. Eu acho que humanização em saúde, essas questões, eu acho que precisa sempre a gente reforçar. Porque muitas vezes a gente vê que as pessoas vão fazer coisas automáticas e a gente não se coloca. E se fosse um parente nosso? A gente ia gostar de ver? Então, a gente tem sempre que se colocar no lugar do outro. Acho que mais questão de humanização, mesmo.

O trabalho em equipe multiprofissional também foi mencionado diversas vezes e com a sugestão de uma oferta educativa que se inicie pelo básico: definindo os papéis de cada profissional. Em mais uma faceta da fragmentação da assistência, os trabalhadores se queixam de que não sabem exatamente o que esperar da atuação do colega ou sentem que não são compreendidos em suas funções. Relembrando a caracterização da amostra, não estamos falando aqui de profissionais recém-formados, mas a maioria já com diversos anos de experiência em instituições hospitalares. Daí podemos pensar que não se trata de um desconhecimento pontual e inerente a fase da vida profissional, mas sim um elemento sintomático da organização do processo de trabalho.

[Entrevista 9]

Eu acho que seria bom um curso sobre as profissões, talvez. Tipo: o que é enfermagem? O que é psicologia? O que é o serviço social? O que é a medicina? O que é fisioterapia? De todas as profissões da saúde. Porque hoje é muito difícil. Eu, sendo enfermeiro, me pergunto sempre: o que é enfermagem?

Outro tópico de interesse foi o trabalho em rede, tanto as redes internas quanto as externas. As internas, como já mencionado, diz respeito à atuação dos colegas e ao fluxo intrainstitucional. Já as redes externas tratam da articulação do hospital com os demais pontos da rede de atenção à saúde e também das redes intersetoriais que se façam necessárias para cada caso. Há uma percepção dos profissionais de que o cuidado hospitalar tem sua especificidade, mas para que possa se realizar integralmente, depende da atuação conjunta com outros serviços

do território. Este último conceito, território, assim como o de itinerário terapêutico, também apareceram como sugestões, o que demonstra a importância atribuída pelos profissionais de conhecer a vivência dos seus pacientes até chegar ao atendimento hospitalar e com que recursos poderá contar após a alta.

[Entrevista 2]

É, noção de rede. Mas também fiquei pensando mais as condutas aqui dentro, que às vezes até o profissional tem condutas inapropriadas com paciente, porque ele também está adoecido, está estafado, está descontente. Entendo que tem um limite do que enquanto profissional assistencial dá para mudar, tem algo que convoca a gestão que precisa também ser presente. São mudanças maiores, coisas mais estruturais. Mas, sei lá, acho que se desse para ensinar as pessoas a terem empatia, mais empatia, acho que mudava muita coisa. Comunicação. A pessoa está sofrendo. Não é que ela é chata, que ela está fazendo birra com você. Ela está sofrendo, tem dor. É difícil esperar o remédio quando você está com muita dor. É difícil esperar quando você está com uma fralda suja, sabe? Então, ela vai reclamar, ela vai falar. Sei lá, o jeito das pessoas não se sentirem tão pessoalmente afetadas com isso, entenderem que é o trabalho delas, que as pessoas têm direito de se queixar. Alguma coisa com discussão de casos, talvez de falar de alguns casos pontuais, trazer a história da pessoa, trazer o que ela já passou antes, o serviço de saúde que ela já buscou antes, que de repente ela já buscou assistência até que chegasse aqui. Então, o itinerário terapêutico, que ela veio de algum lugar, passa pelo hospital e se tudo der certo ela vai para outro lugar depois. E acho que falar de rede sim, também, que talvez muita gente não ache que o hospital está incluído, está implicado nisso, sabe?

O tema “comunicação” foi outra sugestão recorrente. Os profissionais identificam que este é um ponto nodal no dia a dia, e que seu refinamento poderia trazer ganhos para todos os atores envolvidos na cena hospitalar. Arelado à comunicação, os participantes falaram também do exercício da empatia e da importância de compreender a vivência dos pacientes e familiares, mas também de

valorizar os profissionais de saúde e ofertar cuidado para o adoecimento decorrente do trabalho.

A importância da educação permanente e a força da mudança de práticas no serviço é descrita por uma colega no seguinte trecho de seu relato:

[Entrevista 14]

De repente essa diferença de atitude pode ser até da formação mesmo que as pessoas tiveram, ou lugares em que a pessoa trabalhou. Se as pessoas se formaram dessa forma, a pessoa não aprende de outra forma, porque a gente se adapta ao ambiente, para o bom e para o ruim. Pelo menos os lugares que eu passei, eu vejo que não é questão da profissão em si. Quando tem uma equipe multi que tem uma discussão de caso, as pessoas começam a ter outro olhar. Então, até de você fazer um acolhimento de uma paciente ou acompanhante que está chorando, sabe, não precisa ser psicólogo para você sentar e acolher a pessoa naquele momento. Aí, depois você pode chamar a psicóloga se precisar. Falta isso.

8.6 Estratégias de intervenção

Esta última questão suscitou nos participantes o compartilhamento de estratégias que utilizam ou que pensam que poderiam ser úteis.

Foram sugeridas visitas multiprofissionais, discussões de caso e apresentação do histórico do paciente em equipe, tanto para a condução do trabalho em si quanto para a ilustração de situações relevantes e o fortalecimento das relações interprofissionais. A realização de atendimentos compartilhados, quando duas ou mais categorias profissionais atendem o paciente ao mesmo tempo, também foi apontada como uma forma de diminuir a fragmentação da assistência e facilitar a comunicação.

Ainda quanto à equipe, alguns colegas relataram que em seus setores costumam fazer apresentações dos pares e orientações iniciais sobre fluxos a cada nova rotação de residentes, com bons resultados, mas com dificuldade em manter a ação no cotidiano. Os resultados positivos mencionados dizem respeito à integração da equipe e maior fluidez do trabalho, e a dificuldade se dá principalmente pela demanda assistencial e pela concentração da iniciativa em alguns profissionais. Por

isso, os trabalhadores também demonstram a importância de que as ações tenham apoio da gestão, para que se institucionalizem e não dependam apenas de iniciativas individuais.

[Entrevista 3]

E sobre comunicação entre a equipe... É meio o que a gente fez lá na clínica médica o ano passado, ano retrasado, acho que antes da pandemia, já nem lembro. A gente pegou e começou a fazer com as duas turmas, duas, três turmas. Nas primeiras semanas, assim, a gente fazia uma reunião com a turma de residentes [médicos] que entravam, porque é muita gente lá, roda muito, todo mês roda residente. E a gente pegava a primeira semana do primeiro mês, pegava os residentes, e a gente se apresentava e falava assim rapidamente o que cada um fazia para ter um pouco mais de noção.

[Entrevista 4]

Eu acho importante que ficasse estabelecido também uma reunião de equipe, principalmente quando muda residente. Todo mundo senta e: “Olha, meu papel é esse, o seu papel é esse”. Eu acho que isso deveria acontecer no hospital para que as coisas caminhassem mais juntas, assim, não ficasse tão disperso. Eu fico pensando que se fosse uma coisa rotineira, a gente vai aprendendo qual é o trabalho do colega enquanto categoria e enquanto pessoa. Como que cada um lida com cada situação, enfim, fica mais fácil. Porque se você chega no serviço novo e todo mundo está andando naquele caminho, você vai entender qual é o caminho. Agora, quando cada um vai para um lado, você não entende nada e vai fazendo do jeito que você acha que encaixa ali.

Outra sugestão para a integração das equipes, desta vez entre os profissionais assistenciais da base e a gestão, foi um “Café com a diretoria”, uma espécie de encontro recorrente que aproxime a alta gestão dos trabalhadores, diminua a distância hierárquica e permita que os funcionários se sintam conhecidos e reconhecidos, pessoalmente e profissionalmente. Esta ação poderia minimizar, ainda que apenas parcialmente, certa frustração relatada pelos profissionais por sentirem que suas chefias estão distantes de suas realidades de atuação.

O exemplo citado na Entrevista 10, no qual a profissional de enfermagem pode inserir o PICC (Cateter Central de Inserção Periférica), mas não pode solicitar o exame de imagem para conferir sua inserção, é um convite duplo: primeiro, para que as instituições possam desafiar as normas a que estão submetidas, em prol da melhoria da assistência; segundo, que contem com seus profissionais de linha de frente para entender os entraves percebidos na realização de sua atividade-fim, o cuidado ao paciente.

Baseada em sua experiência de trabalho em UBS, uma colega relatou que o hospital referência da atenção básica na região em que atuava mandava listas para as UBS, informando os pacientes que estavam de alta hospitalar e solicitando que fossem realizadas visitas domiciliares para a continuidade do acompanhamento do usuário no território. Ao considerar os diferentes portes de instituições hospitalar e suas áreas de abrangência, essa tarefa pode ser mais ou menos complexa, mas certamente é benéfica ao aumentar as chances de adesão ao tratamento e diminuir a probabilidade de reinternação breve ou por condições sensíveis à atenção primária.

9 Considerações finais

Produzir as considerações finais desta pesquisa assemelha-se a pisar na areia depois de uma longa travessia. De frente para o mar, ainda carregando-o no corpo, mas não mais imersos, podemos olhar para os contornos e o conteúdo do trabalho produzido.

As escolhas metodológicas são, ao mesmo tempo, o que limita e o que estrutura determinadas possibilidades de pesquisa. Ao lançar luz sobre algumas das possibilidades que não foram incluídas, mais do que perdas, encontramos caminhos para a continuidade do trabalho de pesquisa sobre a clínica ampliada e compartilhada no ambiente hospitalar.

Aqui, para a coleta de dados, optou-se por entrevistas semiestruturadas com profissionais assistenciais. Outros caminhos seriam a realização de grupos focais; a participação de profissionais da gestão e de atores relevantes na produção de políticas públicas de saúde; a ampliação das categorias profissionais e setores assistenciais representados; a inclusão de profissionais do plantão noturno e, principalmente, de pacientes e familiares. Seria possível, ainda, incluir a percepção de representantes de outros serviços do território para melhor compreensão de sua relação com a assistência hospitalar, pois as observações externas poderiam ajudar a repensar a produção de cuidado intra-hospitalar e de fluxos interinstitucionais, principalmente no que se refere ao processo de alta hospitalar.

Além dos contornos fabricados por escolhas, temos também aqueles dados pelo próprio contexto. Seria interessante investigar os limites e potencialidades da clínica ampliada e compartilhada em instituições de diferentes portes, ou inseridas em outros lugares que não a periferia de grandes centros urbanos, ou ainda hospitais que porventura não tenham sua capacidade de cuidar tão afetada pela falta de recursos humanos e materiais.

Retomadas as suas bordas, vejamos o que pôde ser produzido em seu interior. As categorias de análise advindas das entrevistas foram: concepções sobre clínica ampliada e compartilhada; comunicação e tomada de decisões; articulação

do hospital com a rede; percepção de satisfação; sugestão de temas para atividade educativa e, finalmente, estratégias de intervenção.

Vimos que o termo “clínica ampliada” é mais conhecido por profissionais que tiveram formação ou experiência em saúde mental e atenção básica. Nota-se o quanto o hospital ainda é uma instituição pouco permeável a formas mais integradas de produção de cuidado, ainda que sofra e produza consequências significativas com esse posicionamento. Em relação a formação, podemos pensar tanto na inserção do conceito nos conteúdos programáticos de cursos de graduação, especialização e residências médicas e multiprofissionais, mas também em estratégias de educação permanente que atinjam os profissionais já em atuação e aumentem a consciência do conceito e suas ferramentas nas instituições hospitalares. Mais ousadamente, seria interessante incluir, como rotina, estágios nos diferentes níveis de atenção, notadamente na atenção básica, para os profissionais em formação para a atuação no ambiente hospitalar. Para os profissionais já atuantes, discussões de caso, reuniões para construções de fluxo e visitas técnicas também podem contribuir para a construção de outra mentalidade sobre a produção do cuidado. A leitura das entrevistas nos revela também que, por vezes, apesar de não conhecerem nominalmente o conceito, os profissionais reconhecem sua importância no cotidiano, enxergam valor em suas ferramentas e tecem críticas ao modelo hospitalocêntrico. Assim, não basta o investimento na formação teórica, mas também na facilitação de processos que contribuam para mudanças no modelo de cuidado no cotidiano do trabalho.

A comunicação, em diversas formas, é sem dúvidas o grande potencializador da clínica ampliada e compartilhada. O outro lado da moeda é que as dificuldades na comunicação impõem, por sua vez, limites significativos à sua produção. A pesquisa nos apresenta diversos exemplos de situações em que a capacidade de cuidar foi reduzida por entraves burocráticos, por excesso de demanda, por desconhecimento de fluxos institucionais e do escopo de ação dos colegas de equipe. A comunicação profissional, representada por discussões de caso, atendimentos compartilhados, visitas multiprofissionais, reuniões entre assistência e gestão e articulações com a rede do território, deve ser percebida como parte prioritária do trabalho, como elemento que o permite e facilita, não como atividades que sobrecarregam a equipe e que são feitas a depender de interesses

individuais ou da disponibilidade de tempo que resta após a conclusão de outros afazeres. Tal direcionamento depende, sem dúvidas, de um interesse da gestão em fomentar tais práticas e ofertar condições para sua realização na rotina, para que não se sustentem apenas como projetos passageiros ou iniciativas individuais.

Ainda sobre a comunicação profissional, entende-se que a escuta precisa redundar em compartilhamento e decisão. A ampliação do olhar da clínica ocorre com seu compartilhamento em diferentes níveis, tais como: entre os profissionais, entre estes e os pacientes e acompanhantes, e entre os serviços. As discussões de caso ou as articulações com a rede não podem se reduzir a transferências de responsabilidade, a meros encaminhamentos, mas sim dar origem a trocas interativas que estabeleçam com clareza as expectativas, as ações a serem tomadas e a responsabilidade de cada ator.

Em relação à articulação do hospital com a rede, que também é uma atividade de comunicação profissional, destacamos o procedimento de alta hospitalar. Defende-se que o que ocorre depois da alta do paciente é sim de especial interesse e responsabilidade do hospital, pois há ações intra-hospitalares que podem diminuir a reinternação precoce com seu alto custo financeiro e emocional. Algumas dessas ações são o preparo antecipado do paciente e familiar para a realização de cuidados (dietas especiais, curativos, administração de medicamentos, manejo de dispositivos, etc.); o acionamento antecipado dos serviços da rede que passarão a ser referência para o paciente e a família, com o compartilhamento de informações necessárias para que o novo serviço assuma o caso com segurança e informações claras sobre a forma de acesso ao novo serviço para os pacientes e familiares; e a solicitação antecipada dos insumos necessários para que a transição do cuidado ocorra sem percalços evitáveis.

A repetição da necessidade de tomar ações antecipadas visa a destacar que a alta não é apenas um ato que ocorre em um dia, mas um processo mais ou menos intenso e extenso de acordo com a necessidade de cada caso. Compreende-se que a precarização da atenção básica pode dificultar os processos de alta hospitalar e de transição do cuidado, contribuindo para as reinternações precoces ou hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária — mas neste momento procuramos refletir sobre o que está ao alcance da instituição hospitalar para melhorar a articulação com a rede e a continuidade dos cuidados do

paciente após a alta hospitalar. Ainda que os hospitais e os serviços da atenção básica possam ter concepções distintas do que é cuidado e como ofertá-lo, é necessário explorar e fortalecer zonas de contato em comum, tendo em mente que todos os serviços são pontos percorridos por um mesmo paciente, com suas necessidades e desejos.

A investigação da satisfação profissional e da satisfação dos usuários e suas relações com diferentes modelos de trabalho e de produção de cuidado também mereceria uma pesquisa própria. É possível questionar o quanto as diferenças na satisfação estão associadas às diferentes categorias profissionais ou ao poder exercido na instituição.

O trabalho hospitalar já expõe seus atores a situações-limite como a morte, adoecimentos graves e sofrimentos de diversas ordens que acompanham esses acontecimentos. Os participantes demonstram, porém, que sua insatisfação profissional, quando presente, está atrelada mais à impotência e à alienação produzidas pelas condições do trabalho do que a uma impotência frente ao natural do trabalho de cuidar. A insatisfação aparece relacionada a falta de materiais e recursos humanos, mas também a dificuldades associadas às diferentes concepções de cuidado dentro da equipe e a um questionamento de decisões institucionais. A satisfação, por sua vez, surge com profissionais que percebem alguma autonomia para decidir sobre seu trabalho e na percepção de sucesso de suas intervenções junto ao paciente.

Supondo um local utópico que não sofresse com limitações orçamentárias e pudesse contemplar adequadamente todas as suas necessidades de materiais e profissionais, ainda assim haveria dificuldades caso não fossem trabalhadas questões comunicacionais, organização de fluxos internos e externos, participação dos profissionais nos processos decisórios e, de maneira mais ampla, a mentalidade que orienta a produção do cuidado. É inegável o quanto a falta de condições materiais e de composição de equipe precariza o cuidado, mas tentamos aqui fazer um movimento de busca das possibilidades e aumento da potência de intervenção dos profissionais. Para quem está na linha de frente, e em muitos casos na gestão, o orçamento e sua alocação não são questões sobre as quais se tem gerência. No entanto, é possível que haja algum espaço de manobra para que uma equipe assistencial e a gestão façam acordos sobre o funcionamento institucional, tendo em

mente a produção da clínica ampliada e compartilhada. Há decisões possíveis de serem tomadas que fazem a diferença no cuidado.

Uma das perguntas finais da entrevista pedia aos participantes que compartilhassem sugestões de temas para uma atividade educativa sobre clínica ampliada e compartilhada. Novamente, a comunicação surge como um ponto nodal, e é mencionada tanto como um tema independente, quanto como um tema subjacente aos demais. Os profissionais manifestaram desejo de compreender melhor a função dos colegas com quem compartilham a produção de cuidado. Além de compreender melhor a função dos colegas, há a demanda de compreensão dos fluxos internos, institucionais e também dos fluxos externos, das possibilidades de articulação com a rede. Percebe-se a menção à integralidade, quando os profissionais destacam a importância de compreender o itinerário terapêutico do paciente e reconhecer as características de seu território. Quando analisamos tais tópicos destacados, percebe-se a demanda por um aumento da compreensão e da capacidade de intervir e produzir cuidado.

As estratégias de intervenção mencionadas pelos participantes também apontam para a necessidade e adequação da realização de encontros, de pontos de contato nos quais a rotina é compartilhada, decisões são tomadas, vínculos são fortalecidos, e o cuidado é produzido de maneira mais criativa, mais efetiva, menos conflituosa e menos sofrida para todos os envolvidos.

10 Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2010.
2. Cecilio LC de O, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Em: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003 [citado 20 de dezembro de 2023]. p. 197–210. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386108>
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva. agosto de 2010;15(5):2297–305.
4. Campos GW de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Em: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Campos GW de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Em: Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM de, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec / Fiocruz; 2006. p. 53–92.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 2013 [citado 20 de dezembro de 2023]. Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
7. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(1):7–14.
8. Ayres JR de CM. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(1):15–29.
9. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciênc saúde coletiva. setembro de 2005;10(3):585–97.
10. Teixeira RR. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. Interface (Botucatu). 2009;13(1):785–9.
11. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc saúde coletiva. agosto de 2007;12(4):849–59.

12. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
14. Neto JLF. Psicologia, Políticas Públicas e o SUS. 2º ed. São Paulo: Editora Escuta; 2017.
15. Knauth DR, Leal AF. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. Interface (Botucatu). 1º de agosto de 2014;18:457–67.
16. Britto Jr ÁF de, Feres Jr. N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. Evidência. 2011;7(7):237–50.
17. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cad Pesqui. março de 2002;115:139–54.
18. Minayo MC de S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. Saude soc. março de 2013;22(1):21–31.
19. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educ rev. dezembro de 2004;24:213–25.
20. Minayo MC de S, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. Revista Lusófona de Educação. 2018;40:11–20.
21. Archanjo AM, Schraiber LB. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. Saude soc. junho de 2012;21(2):351–63.
22. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc saúde coletiva. 2012;17:621–6.

11 Apêndices

11.1 Roteiro de Entrevista

Entrevista nº:

Data:

Duração:

Dados de Identificação da Amostra

Idade:

Gênero:

Raça/cor:

Profissão:

Tipo de vínculo (estatutário/CLT/residente):

Carga horária e regime de trabalho (plantonista/diarista):

Tempo de atuação em hospital público:

Você já teve algum contato com esse tema, “clínica ampliada”? Se sim, o que pensa dele? (Se não, após uma breve explicação: o que pensa sobre ele?)

Como as decisões a respeito do tratamento são tomadas?

Como os pacientes e familiares participam dessas decisões?

Como você avalia a comunicação e o relacionamento das equipes com os pacientes e as famílias?

Acontecem discussões regulares entre a equipe multiprofissional envolvida no caso? Visitas multiprofissionais, reuniões de equipe? É elaborado PTS? Sim, não, por quê?

Como se dá o contato entre o hospital e demais pontos da rede de atenção à saúde?

No cotidiano, existem espaços de discussão coletiva entre a gestão e os profissionais da assistência?

Que outros elementos, além das questões clínicas dos pacientes, facilitam ou dificultam o trabalho?

Qual você acha que é o grau de satisfação dos usuários com a assistência recebida? O que poderia ser feito para melhorar?

Qual seu grau de satisfação com o trabalho realizado? O que poderia ser feito para melhorar?

11.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades

Responsáveis: Prof Dr Rubens Bedrikow (orientador) e Flávia Vidotti Fragoso (aluna pesquisadora)

Número do CAAE: 52439821.0.0000.5404

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa qualitativa, intitulada **“Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades”**. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com os responsáveis. Se preferir, você pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo deste estudo é compreender as percepções dos profissionais de saúde a respeito de elementos que facilitam e que dificultam o exercício de sua clínica. Posteriormente, a partir dos resultados da pesquisa, será elaborada uma capacitação de curta duração para profissionais de unidades hospitalares, que abordará o tema da clínica ampliada. Pretende-se instrumentalizar os profissionais com ferramentas que possam ampliar sua capacidade de análise e resolução, contribuindo para o incremento de sua satisfação profissional e da qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados e seus familiares.

Procedimentos:

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, em um encontro no qual a partir de algumas questões norteadoras, poderemos conversar sobre clínica ampliada e os processos de trabalho na assistência hospitalar. Para que os dados possam ser analisados e categorizados, as sessões serão audiogravadas e transcritas, e as transcrições serão arquivadas durante cinco anos pela pesquisadora. Todas as atividades relacionadas à sua participação na pesquisa se darão durante seu horário de trabalho e ocorrerão no próprio hospital.

Desconfortos e riscos:

O único risco identificado é o de que, no decorrer da pesquisa, o participante sinta-se constrangido em expor seus posicionamentos. Nesse caso, está garantida a interrupção de sua participação e, se necessário, a possibilidade de acolhimento pela pesquisadora. Em caso de algum desconforto que você venha a vivenciar em decorrência da participação neste estudo, a pesquisadora estará à disposição para atuar ou viabilizar ações que promovam melhora.

Benefícios:

O participante poderá se beneficiar da exposição ao conceito de clínica ampliada e da oportunidade de reflexão junto aos seus pares a respeito de seu cotidiano de trabalho, identificando fatores que dificultam e aqueles que colaboram para o exercício da clínica. Os resultados da pesquisa serão divulgados para os participantes e para a instituição onde será realizada a coleta de dados, e serão também encaminhados para publicação. Além disso, um dos objetivos da pesquisa é que seja ofertada, enquanto produto técnico, uma capacitação em clínica ampliada para os profissionais hospitalares, a que os participantes e demais interessados poderão ter acesso.

Acompanhamento e assistência:

Não está previsto acompanhamento dos participantes após o encerramento da pesquisa. Caso seja detectada alguma situação que indique necessidade de uma intervenção devido a danos decorrentes da pesquisa, os pesquisadores tomarão medidas cabíveis para que os participantes da pesquisa tenham seguimento e/ou acompanhamento nas suas necessidades.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

A participação na pesquisa não gera nenhum custo financeiro, mas caso haja, será feito o reembolso pela pesquisadora. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Prof Dr Rubens Bedrikow, docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua Tessália Vieira de

Camargo, 126 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - CEP: 13083-887 - Campinas/SP; telefones: (19) 98401-1471 e (19) 3521-8044; e-mail: bedrikow@unicamp.br e Flávia Vidotti Fragoso, aluna e pesquisadora, telefones: (11) 981147980; e-mail fvfragoso@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br. Em havendo a necessidade da intermediação da comunicação ser acessível em Libras você pode fazer contato com a Central TILS da Unicamp no site <https://www.prg.unicamp.br/tils/>. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMS/SP), na Rua Gomes de Carvalho, 250 - sala 15 - Vila Olímpia - São Paulo - SP, CEP 04547-001, telefone (11) 3846-4815, ramal 228, email: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante da pesquisa:

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante da pesquisa:

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Data: ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

11.3 Produto técnico

Clínica Ampliada e Compartilhada no Ambiente Hospitalar:

questões orientadoras




Campinas
2024

APRESENTAÇÃO

A proposta desta cartilha é de que seja utilizada para ampliar a compreensão e capacidade de análise do trabalho hospitalar, e assim contribuir para a ampliação das possibilidades de cuidado. As questões aqui apresentadas não trazem respostas, mas servem para problematizar o processo de trabalho. Este não é, idealmente, um instrumento de uso individual. Sugere-se a sua utilização compartilhada, como disparadora de discussões em reuniões, trabalhos de grupo, acolhimento de novos profissionais e oficinas entre a equipe assistencial e a gestão, por exemplo.

CLÍNICA AMPLIADA

A clínica ampliada e compartilhada é uma maneira de compreender e organizar o trabalho de modo a qualificar a assistência em saúde, colocando o sujeito no centro do cuidado, com respeito ao seu contexto e sua autonomia, em ações integradas entre o sujeito, os profissionais e os diversos serviços da rede. É uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e está presente também na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

PARA RECONHECER A INSTITUIÇÃO

As questões orientadoras estão organizadas em quatro blocos:

- para reconhecer a instituição
- para reconhecer o setor
- para reconhecer o território
- para organizar a alta hospitalar

Quais setores compõem o hospital em que trabalho? Quais suas principais características? Como funciona o fluxo de profissionais e pacientes entre esses diferentes setores?

Quais os fluxos, protocolos e rotinas institucionais mais relevantes para a minha área de atuação?

Por exemplo:

fluxos de admissão, transferência e alta de pacientes;

rotinas para solicitação de exames e interconsultas, liberação de dietas e medicações;

protocolos para visitas e acompanhantes, para notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência, para comunicação de notícias difíceis, etc...

Em cada situação, o que é minha responsabilidade e qual o papel dos demais envolvidos? Essas informações são de fácil acesso e estão disseminadas pela equipe? Quais as possibilidades de discutir e reformular fluxos, protocolos e rotinas na instituição?

Quem são as chefias do setor em que atuo e daqueles com que tenho mais contato? Como se constitui a direção do hospital? Como a média e alta gestão se relaciona com os profissionais assistenciais da base?

PARA RECONHECER O SETOR

Quem são meus pares? Quais são os profissionais que compõem a minha equipe imediata? Quais são seus nomes, horários de trabalho e formas de acionamento?

Quais outros profissionais estão disponíveis no hospital e como posso solicitar sua participação nos casos que acompanho, quando necessário?

Meus colegas sabem meu nome, quando e onde me localizar, como solicitar meu atendimento quando necessário e de que forma costumam trabalhar?

Os pacientes e familiares sabem quem são seus profissionais de referência, onde, como e quando encontrá-los?

As responsabilidades do processo de trabalho estão bem definidas e são cumpridas adequadamente? Existem tarefas que não estão designadas formalmente a alguém e que quando não são cumpridas, prejudicam o cuidado?

As prioridades da equipe são as mesmas prioridades dos pacientes e familiares? É possível a realização de acordos que potencializem o cuidado?

No setor em que atuo, acontecem atendimentos compartilhados? Visitas multiprofissionais? Discussões de caso? Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares? Reuniões de equipe? Se não acontecem, quais os motivos? Quais as dificuldades para iniciar e manter em funcionamento esses espaços de compartilhamento? Outros setores do hospital utilizam alguma dessas ferramentas? Como funciona, e como é possível adaptar ao meu setor? Se já acontecem onde atuo, o que favorece sua ocorrência? Esses espaços são percebidos como produtivos e relevantes para a construção do cuidado? São tabelas com sentido para os participantes?

PARA RECONHECER O TERRITÓRIO

Quais as características demográficas e epidemiológicas da população atendida?

Como se dá o acesso da população ao hospital? Quais as dificuldades no acesso à atenção hospitalar para os usuários?

Quais serviços encaminham pacientes para o hospital? Quais os motivos dos encaminhamentos?

Quais os serviços para os quais o hospital pode direcionar os pacientes após a alta hospitalar?

A referência e contra-referência entre os serviços está organizada de forma que a transição de cuidado entre os diferentes níveis de atenção aconteça sem dificuldades para o paciente e familiares?

O que facilita a comunicação do hospital com os demais serviços do território? Quais os entraves na realização de encaminhamentos e ativação de acesso aos serviços após a alta hospitalar?

PARA ORGANIZAR A ALTA HOSPITALAR

Na equipe em que atua, a alta é compreendida como um processo nos quais diversos profissionais, paciente e familiares devem estar envolvidos?

Toda a equipe envolvida no caso está ciente da previsão de alta hospitalar e pôde organizar seus atendimentos nesse sentido?

Como serão divididas entre a equipe as responsabilidades pela articulação da rede em torno de cada caso? Por exemplo, como serão atribuídas as tarefas de produção de relatórios, solicitação de materiais, discussão do caso com outros serviços, orientações ao paciente e familiares?

Paciente e família estão cientes, orientados e seguros quanto à realização dos cuidados necessários após a alta hospitalar? Durante a internação, foram instruídos e treinados em relação ao uso de medicações, realização de curativos, manipulação de dispositivos como traqueostomia e gastrostomia, monitorização de glicose, adaptação da dieta e demais especificidades do caso?

Paciente e família sabem quais serviços serão responsáveis pela continuidade de seus cuidados após a alta hospitalar e como acessá-los?

Se necessário e disponível, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar foi acionada para avaliar o paciente em tempo hábil, antes da data prevista de alta? A UBS de referência está ciente da data prevista de alta do paciente, e em que condições o paciente retornará para o seu território de origem?

Há outros serviços relevantes da rede intersetorial que devem ser acionados pelo hospital para garantir o acompanhamento deste caso?

É possível solicitar apoio da gestão hospitalar e da supervisão de saúde em caso de entraves na transição do cuidado?

PARA SABER MAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1582-9 . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO .. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849–859, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>

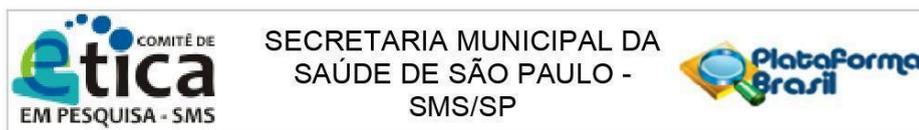
CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 3.ed; 2010, 209 p.

CRÉDITOS

Esta cartilha é o produto técnico resultado da dissertação de mestrado “Clínica Ampliada e Compartilhada no Ambiente Hospitalar: limites e potencialidades”, da aluna Flávia Vidotti Fragoso, orientada pelo Prof Dr Rubens Bedniskow, no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Políticas e Gestão em Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

12 Anexos

12.1 Parecer do Comitê de Ética da Instituição Coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades

Pesquisador: Rubens Bedrikow

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52439821.0.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.204.874

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa, intitulado "Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades", cujo escopo é analisar o exercício da clínica ampliada em enfermarias de hospital geral público da zona leste da cidade de São Paulo/SP.

Especificamente busca contextualizar o conceito de clínica ampliada, seu desenvolvimento e incorporação em políticas públicas de saúde; bem como analisar a percepção de profissionais de saúde atuantes na instituição a respeito do exercício de sua clínica e de elementos que caracterizam a clínica ampliada e, por fim, identificar elementos que limitam ou facilitam o exercício da clínica ampliada em enfermarias do hospital geral.

Objetivo da Pesquisa:

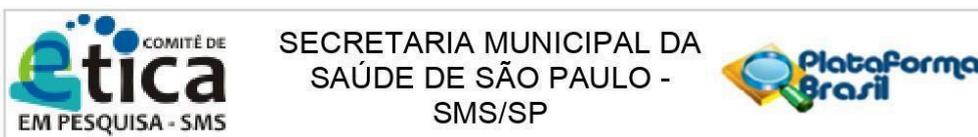
Objetivo geral -

Analisar o exercício da clínica ampliada em enfermarias de hospital geral público situado na zona leste da cidade de São Paulo/SP.

Objetivos específicos -

Contextualizar o conceito de clínica ampliada, seu desenvolvimento e incorporação em políticas públicas de saúde.

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
Bairro: Vila Olímpia **CEP:** 04.547-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 **E-mail:** cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 5.204.874

Analisar a percepção de profissionais de saúde atuantes na instituição a respeito do exercício de sua clínica e de elementos que caracterizam a clínica ampliada.

Identificar elementos que limitam ou facilitam o exercício da clínica ampliada em enfermarias do hospital geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco identificado é o de que, no decorrer da pesquisa, o participante sinta-se desconfortável em expor seus posicionamentos. Nesse caso, está garantida a interrupção de sua participação e, se necessário, a possibilidade de acolhimento pela pesquisadora.

Benefício- Não haverá benefício direto individual aos participantes. Coletivamente espera-se que a dissertação possa constituir um corpo teórico que auxilie na compreensão do trabalho multiprofissional em instituição hospitalar, com foco na identificação de elementos facilitadores e limitadores da organização do trabalho na perspectiva da clínica ampliada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estima-se que sejam realizadas aproximadamente 15 entrevistas.

O convite para participação será feito aos profissionais de saúde das enfermarias de pacientes adultos compondo um grupo homogêneo pelo quesito "profissionais de saúde", mas heterogêneo nos critérios de formação, idade, gênero, raça/cor, tempo de atuação, entre outros.

O número de participantes pode ser limitado pela dificuldade em afastar profissionais de suas atividades assistenciais, mas procuraremos contemplar diferentes representantes das categorias que compõem as equipes multiprofissionais do setor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Autorização da SMS devidamente assinada.

Folha de rosto, cronograma e orçamento apresentados.

Não haverá armazenamento de material em bancos de órgãos e tecidos.

TCLE adequado para o perfil profissional dos 15 entrevistados.

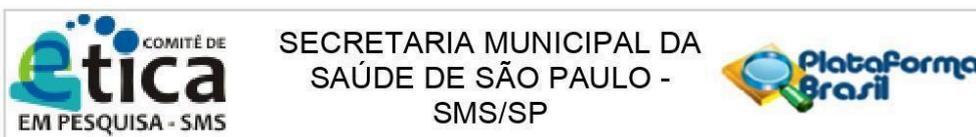
Recomendações:

Incluir no TCLE os dados do CEP-SMS para dúvidas e denúncias ética.

cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br

Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15 Vila Olímpia São Paulo SP CEP 04547-001 fone (11)3846-4815, r 228

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
Bairro: Vila Olímpia **CEP:** 04.547-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 **E-mail:** cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 5.204.874

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que o mesmo estiver concluído.

Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	05/10/2021 21:29:19	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Outros	Cracha.pdf	05/10/2021 21:21:46	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2021 16:23:23	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15

Bairro: Vila Olímpia

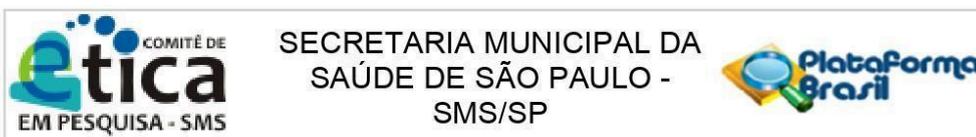
CEP: 04.547-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 5.204.874

Outros	AtestadodeMatricula.pdf	26/09/2021 16:21:03	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Outros	CartadeCienciaeAutorizacaodaSMSSP.pdf	26/09/2021 16:18:01	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Janeiro de 2022

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
Bairro: Vila Olímpia **CEP:** 04.547-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 **E-mail:** cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br

12.1 Parecer do Comitê de Ética da Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades

Pesquisador: Rubens Bedrikow

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52439821.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.183.720

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

A partir de sua fundação, a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS exigiu o resgate ou a elaboração de conceitos para que outros modos de assistência à saúde pudessem ser de fato ofertados à população. Aqui, destacaremos os conceitos de integralidade, redes de atenção à saúde e clínica ampliada, tendo como foco a assistência hospitalar. O princípio da integralidade refere-se tanto a garantia de acesso contínuo às ações de saúde nos diferentes níveis de complexidade quanto à compreensão integral do ser humano em suas necessidades biopsicossociais (Brasil, 2010). Assim, a perspectiva do atendimento integral coloca questionamentos para a assistência e gestão hospitalar. Cecílio e Merhy (2003) apontam que o cuidado integral pode ser compreendido em duas dimensões: a da somatória de cuidados prestados por diferentes profissionais ao paciente, com o objetivo de atendê-lo em todas as suas necessidades; e o do hospital inserido em uma rede, como parte de uma linha de cuidados, de um caminho que o paciente percorre antes e depois de sua internação. Sobre a multidisciplinaridade no hospital, os autores assinalam o quanto as relações entre as categorias profissionais são frequentemente um campo hierarquizado e de disputas, que reproduzem um modelo fragmentado

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

de assistência, na lógica da especialização, e colocam entraves para a construção coletiva do cuidado. Por isso, apostam em modelos diversificados de gestão de equipes e setores para o aprimoramento desse aspecto da integralidade e, por consequência, da atenção prestada ao usuário. Os autores entendem, ainda, que a integralidade precisa ser compreendida enquanto conceito transversal, ou seja, que atravessa todos os pontos da rede. Rede essa que, longe de ser um sistema fluido e de funcionamento completamente explícito, mostra-se como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam” (Cecílio e Merhy, 2003, p.4) Nesse contexto, o hospital continuaria sendo uma referência nas situações de alta complexidade, mas principalmente um local privilegiado para a construção de uma assistência que não se esgote no período de permanência na instituição, mas que se configure como uma linha de cuidado articulada aos demais serviços de que o paciente necessite. Para isso, faz-se necessária a construção efetiva de uma rede intersetorial, com aproximação dos profissionais e serviços e com a realização de encaminhamentos implicados, que não se resumem apenas ao fornecimento de um impresso com instruções ao paciente, mas da construção do sentido do encaminhamento com o usuário e do compartilhamento de informações e atendimentos com esses outros pontos da rede. Ressalta-se que, embora tais propostas possam ser inicialmente tomadas como mais trabalhosas do que o modelo atual, seu objetivo é justamente organizar a assistência de forma que o hospital possa afastar-se de uma rotina de atendimento “queixa-conduta”, que em muito o sobrecarrega e se mostra pouco eficaz na melhoria da saúde da população. A necessidade de reforma da instituição hospitalar e de sua integração efetiva nas redes de atenção a saúde é trabalhada também por Mendes (2011), que defende que as redes surgem como forma de sustentação das políticas públicas e em oposição a um modelo fragmentado e hospitalocêntrico de cuidado. O autor destaca a pertinência da articulação de redes em contextos sociais complexos para a formação de vínculos entre os diferentes setores, com vistas à melhoria do cuidado e diminuição de custos. Nesse modelo, os hospitais são compreendidos como pontos da rede, e assim devem estar integrados a ela e articulados aos demais pontos de atenção à saúde. Sua função permaneceria sendo a de cuidado às urgências e emergências, mas também com responsabilidade pela desospitalização do paciente e garantia de continuidade da assistência. Se apontamos possíveis mudanças na gestão hospitalar como forma de aprimorar a assistência, cabe destacar também que questionamentos tais mudanças colocam para o exercício da clínica. Em artigo de 1997, Campos discorre sobre três possibilidades de apresentação da Clínica: a Oficial, a Degradada e a Ampliada (ou do Sujeito). A Clínica Oficial seria

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

aquela mais imediatamente associada à ciência, ao saber técnico que se estabelece como sistema de referência. A Clínica Degradada refere-se às condições externas que limitam a Clínica Oficial, sejam eles interesses econômicos ou as políticas de saúde da época. Por fim, a Clínica Ampliada, que propõe uma reformulação do trabalho em saúde, com ampliação do objeto de trabalho, meios de intervenção e avaliação dos resultados. Há uma aposta no aprofundamento da compreensão a respeito do sujeito adoecido e do contexto de vida em que está inserido, além do compartilhamento de informações e decisões entre equipes e comunidades atendidas. A Clínica Ampliada exige o deslocamento do olhar clínico da doença para o doente e faz frente a um modelo exclusivamente biológico e hospitalocêntrico de assistência. A proposta da clínica ampliada, embora voltada para a melhoria da assistência, da satisfação dos usuários e da realização dos profissionais, não se afina a teorias administrativas, tayloristas, de uma lógica gestonária das instituições, mas está sim fundamentada em uma concepção de ética e democracia na produção de saúde (Campos, 2006). O conceito de clínica ampliada é apresentado também como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (2003), que aposta no aprofundamento da compreensão a respeito do sujeito adoecido e do contexto de vida em que está inserido, além do compartilhamento de informações e decisões entre equipes e comunidades atendidas. Na Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013), a clínica ampliada é definida de maneira semelhante, como um “dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença” (Art 5º, inciso VI). A Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Hospitalar são de especial relevância para o escopo deste trabalho. Ambas trazem diretrizes para o funcionamento dos serviços de saúde, baseadas nas proposições iniciais do Sistema Único de Saúde. Especificamente, encontram-se nesses documentos propostas para mudanças na atenção hospitalar, quanto ao posicionamento do hospital na rede de atenção à saúde e as relações entre profissionais e usuários na prestação de cuidados. A PNH propõe alguns parâmetros para a implementação de ações de humanização no contexto hospitalar, como a garantia de continuidade da assistência, o provimento de cuidado integral, a articulação com a rede de serviços do território e o estabelecimento de equipes multiprofissionais de referência (Brasil, 2010). Os sentidos da humanização na saúde e suas expressões nas práticas profissionais, tanto no ambiente hospitalar quanto em outros níveis de atenção, são temas amplamente debatidos (Deslandes, 2004; Ayres, 2004; Teixeira, 2005;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

Teixeira, 2009). Os autores trazem questionamentos sobre a fundamentação teórica do campo da humanização e os limites e potencialidades de sua prática nos serviços públicos de saúde, tendo em vista a melhoria da assistência prestada aos usuários, entre outros objetivos. Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Hospitalar utiliza-se de diversos termos advindos da PNH, como visita aberta, plano terapêutico singular, acolhimento, classificação de risco, entre outros. No eixo da assistência, reforça a necessidade de que o hospital atue de forma integrada aos demais pontos das redes de atenção à saúde e se organize em equipes multiprofissionais de referência, promovendo o cuidado integral, na perspectiva da clínica ampliada. Fazer clínica ampliada no hospital exige, portanto, mudanças no âmbito assistencial e gerencial. Campos e Amaral (2007) detalham medidas para a operacionalização desse conceito e expõem alguns de seus principais entraves. Entre as dificuldades, encontram-se a própria precarização dos serviços de saúde, que degradam a clínica tanto para usuários quanto para os profissionais. Além de modificações em aspectos da gestão, os autores sugerem ações diretamente relacionadas à assistência, principal escopo deste trabalho. Para estes autores, o conceito de clínica ampliada pode ser organizador da assistência e contribuir para que se ultrapasse um modelo fragmentado de atenção à saúde. A primeira mudança necessária seria a compreensão do usuário enquanto sujeito e a integração de seus aspectos biopsicossociais ao cuidado, com vistas à produção de autonomia a partir da educação da população e fortalecimento de sua capacidade de autocuidado. Isso exige uma ampliação também do tipo de cuidado que se oferece: a doença não mais poderá ser tratada apenas com um arsenal farmacológico, mas sim com uma equipe multiprofissional de apoio. A equipe deverá também estar integrada e desenvolver habilidades de comunicação e compartilhamento de casos, para que não reproduza um modelo fragmentado de atenção. Nota-se que o conceito de clínica ampliada está fortemente associado à Saúde Mental e a Atenção Básica, campos que sofreram reformulações conceituais, técnicas e jurídicas a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária (Amarante, 2013; Cunha, 2005). Com a Política Nacional da Atenção Básica esse ponto da assistência ficou estabelecido como ordenador do cuidado nas redes de atenção em oposição ao histórico modelo hospitalocêntrico. Ferreira Neto (2011) destaca que, na atenção básica, as tecnologias relacionais são a principal ferramenta de produção de cuidado, em oposição às tecnologias especializadas dos hospitais. Ainda que tal polarização sirva a fins didáticos, cabe destacar e explorar o papel que outras formas de produção de cuidado podem ter dentro do ambiente hospitalar Hipótese: A partir das entrevistas com profissionais de saúde da instituição hospitalar será possível identificar elementos que facilitam e dificultam a organização do trabalho na perspectiva da clínica ampliada, para então elaborar proposta de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

capacitação que instrumentalize os profissionais nessa temática, aumentando suas possibilidades de análise e intervenção.

Metodologia Proposta: Este é um trabalho de pesquisa qualitativa que procura compreender as percepções de profissionais de saúde de uma unidade hospitalar a respeito de seu processo de trabalho, destacando limites e potencialidades para o exercício da clínica ampliada em sua atuação. Para atingir o objetivo descrito propõe-se a realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde. Aqui, a opção por esta técnica de investigação se dá pela sua capacidade de fornecer dados e informações que não se encontram apenas na observação do campo e na pesquisa bibliográfica e documental (Brito Jr & Feres Jr, 2011). Além disso, leva-se em consideração aspectos práticos e de adequação ao contexto: o acesso aos profissionais será facilitado com a proposta de entrevistas individuais, tanto pela maior flexibilidade de agendamento quanto pela segurança do profissional em expor suas percepções para a pesquisadora com garantia de sigilo, mas não para diversos outros membros da equipe em uma situação de grupo, por exemplo. Algumas outras vantagens do uso da entrevista, de acordo com os mesmos autores, são: a possibilidade de se obter grande riqueza informativa; a flexibilidade do instrumento, que pode ser adaptado de acordo com o andamento dos encontros, inclusive com esclarecimentos durante a própria entrevista, e a taxa de resposta elevada. (Brito Jr & Feres Jr, 2011). Rosa e Arnoldi (2006, apud Brito Jr & Feres Jr, 2011) alertam para a necessidade de que o pesquisador, antes do momento da coleta de dados, atente-se para o contexto em que a pesquisa se desenvolve, tanto no que se refere ao tema abordado, quanto aos atravessamentos culturais, sociais e históricos que permeiam os dados. Duarte (2002) comenta possíveis dificuldades quando o pesquisador se dispõe a pesquisar sua própria comunidade. Este seria o caso deste trabalho, dado que sou psicóloga atuante na instituição em que o trabalho será realizado. Quanto a isso, Duarte ressalta a importância de estar atento a um necessário distanciamento do relato dos interlocutores, mediado pelo referencial teórico e metodológico, e a admissão de que a subjetividade do investigador está inevitavelmente atrelada à produção final. A coleta de dados se dará no Hospital Municipal Prof Dr Alípio Corrêa Netto, um hospital de grande porte e alta complexidade situado em Ermelino Matarazzo, região periférica da populosa zona leste da cidade de São Paulo/SP. Fundado em 1990, o hospital é um dos maiores receptores do SAMU do município e é referência em atendimento de urgência e emergência. O hospital está sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, mas conta também com setores sob responsabilidade de Organizações Sociais da Saúde. O convite para participação será feito aos profissionais de saúde das enfermarias de pacientes adultos compondo um grupo homogêneo

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

pelo quesito “profissionais de saúde”, mas heterogêneo nos critérios de formação, idade, gênero, raça/cor, tempo de atuação, entre outros. Estima-se que sejam realizadas aproximadamente 15 entrevistas. O número de participantes pode ser limitado pela dificuldade em afastar profissionais de suas atividades assistenciais, mas procuraremos contemplar diferentes representantes das categorias que compõem as equipes multiprofissionais do setor. Pretende-se que a entrevista seja realizada presencialmente, durante o expediente dos trabalhadores, em sala de reuniões do próprio hospital, ou seja, que o encontro se dê no próprio contexto em que ocorre. Todas estas características mencionadas, entre outras, deverão ser levadas em consideração no momento da análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o exercício da clínica ampliada em enfermarias de hospital geral público da zona leste da cidade de São Paulo/SP.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos:

- 1 - Contextualizar o conceito de clínica ampliada, seu desenvolvimento e incorporação em políticas públicas de saúde.
- 2 - Analisar a percepção de profissionais de saúde atuantes na instituição a respeito do exercício de sua clínica e de elementos que caracterizam a clínica ampliada.
- 3 - Identificar elementos que limitam ou facilitam o exercício da clínica ampliada em enfermarias do hospital geral.

Objetivo do produto técnico:

Instrumentalizar profissionais da equipe multiprofissional de instituições hospitalares para a organização do trabalho na perspectiva da clínica ampliada, por meio de capacitação de curta duração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este é um trabalho de pesquisa qualitativa, que procura compreender em profundidade as percepções de profissionais de saúde de uma unidade hospitalar a respeito de seu processo de trabalho. O único risco identificado é o de que, no decorrer da pesquisa, o participante sinta-se desconfortável em expor seus posicionamentos. Nesse caso, está garantida a interrupção de sua participação e, se necessário, a possibilidade de acolhimento pela pesquisadora. O agendamento das entrevistas será realizado conforme a conveniência do participante, de modo a facilitar a participação dos profissionais e não prejudicar o desenvolvimento de suas atividades. Não há

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

riscos de ordem clínica ou experimental, pela própria natureza da pesquisa. A participação na pesquisa não gera nenhum custo financeiro, mas caso haja, será feito o reembolso pela pesquisadora.

Benefícios: O participante poderá se beneficiar da exposição ao conceito de clínica ampliada e da oportunidade de reflexão junto aos seus pares a respeito de seu cotidiano de trabalho, identificando fatores que dificultam e aqueles que colaboram para o exercício da clínica. Os resultados da pesquisa serão divulgados para os participantes e para a instituição onde será realizada a coleta de dados, e serão também encaminhados para publicação. Além disso, um dos objetivos da pesquisa é que seja ofertada, enquanto produto técnico, uma capacitação em clínica ampliada para os profissionais hospitalares, a que os participantes e demais interessados poderão ter acesso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "Clínica ampliada no hospital geral: limites e potencialidades", cujo Pesquisador responsável é Rubens Bedrikow com a colaboração da pesquisadora participante FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO. A pesquisa foi enquadrada na Área "Ciências da Saúde" e embasará a dissertação de mestrado da pesquisadora participante. A Instituição Proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$500,00 (Quinhentos reais) e o cronograma apresentado contempla início do estudo para 26/09/2021, com término em 31/03/2023. Serão abordados ao todo 15 profissionais de saúde através de entrevistas semi-estruturada. A pesquisa contempla a coparticipação do Hospital Municipal Prof Dr Alípio Corrêa Netto, onde será realizado a coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo abaixo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.
- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.
- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.183.720

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1830440.pdf	05/10/2021 21:30:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	05/10/2021 21:29:19	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	05/10/2021 21:22:20	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Outros	Cracha.pdf	05/10/2021 21:21:46	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2021 16:23:23	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Outros	AtestadodeMatricula.pdf	26/09/2021 16:21:03	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Outros	CartadeCienciaeAutorizacaodaSMSSP.pdf	26/09/2021 16:18:01	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaodeAnuencia.pdf	26/09/2021 16:16:57	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodeCompromisso.pdf	26/09/2021 16:16:31	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInfraestrutura.pdf	26/09/2021 16:15:49	FLAVIA VIDOTTI FRAGOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 22 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br