



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Práticas de humanização como mecanismo de coordenação do trabalho em saúde e a identificação de redes - o caso de dois laboratórios do IPEC”

por

Laura Ribeiro Ferreira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabeth Artmann

Rio de Janeiro, julho de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Práticas de humanização como mecanismo de coordenação do trabalho em saúde e a identificação de redes - o caso de dois laboratórios do IPEC”

apresentada por

Laura Ribeiro Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Carvalho Andrade

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann – Orientadora

Dedico este trabalho aos meus filhos, Tiago e Ana, que tanto me ensinam todos os dias. Obrigado por me mostrarem uma nova dimensão do amor.

Agradecimentos

À minha orientadora Elizabeth Artmann, pela experiência e pelo carinho;

Aos meus colegas de curso e às professoras Luciana Lima e Tatiana Wargas, pelas trocas durante as disciplinas;

Aos profissionais e usuários do IPEC, que se disponibilizaram a participar desta pesquisa;

À minha família e amigos, que sempre me acolhem nos momentos difíceis e comemoram as minhas conquistas;

E especialmente ao meu marido, Luís, pelo incentivo e apoio constantes;

Aos membros da banca, Maria Angélica Carvalho de Andrade e Francisco Javier Uribe Rivera, pelas críticas e sugestões preciosas na qualificação e por aceitarem novamente o convite para avaliar este trabalho;

À FAPERJ pelo apoio a esta pesquisa através da bolsa FAPERJ Nota 10;

E à CAPES pela concessão de bolsa no primeiro ano deste mestrado.

Resumo

O presente trabalho aborda as práticas de humanização como mecanismo de coordenação do trabalho em saúde e a formação de redes, a partir de trabalho de campo realizado em dois laboratórios do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas (IPEC), da Fiocruz. Faz-se uma discussão teórica acerca da humanização como prática inerente à assistência à saúde de qualidade e de sua institucionalização através da Política Nacional de Humanização (PNH); da fragmentação na área proveniente da crescente especialização e, portanto, da necessidade do trabalho interdisciplinar; e finalmente do papel da comunicação na formação de redes de conversação que coordenam o trabalho nos serviços e sistemas de saúde. Foram utilizadas duas estratégias de coleta de dados: oficinas com os profissionais baseadas na metodologia *Démarche Stratégique*, e entrevistas com profissionais e usuários dos laboratórios de Dermatologia Clínica e de Micologia do IPEC. As entrevistas foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e discutidas à luz do referencial teórico apresentado, articulados às discussões das oficinas. Constatou-se a presença de uma cultura de humanização nos laboratórios pesquisados, que possivelmente se estende ao instituto e a Fiocruz como um todo. As concepções de humanização dos profissionais e as práticas de humanização por eles citadas foram diversas, incluindo as tecnologias duras, como infraestrutura e equipamentos, as leve-duras, como por exemplo a expertise dos profissionais, e as tecnologias relacionais, com o destaque para a questão da escuta. Estes três elementos juntos foram apontados como componentes importantes para um atendimento resolutivo e de qualidade. O atendimento no instituto foi considerado bom, tanto por profissionais quanto por usuários. A maior dificuldade apontada por profissionais e usuários do serviço foram os encaminhamentos para outras unidades de saúde, particularmente após a adoção do Sistema de Regulação (SISREG) via atenção básica. Para os profissionais outro grande obstáculo ao processo de trabalho é a infraestrutura, particularmente a falta de espaço físico.

Palavras-chave: humanização; rede de atenção; rede de conversação; equipe multidisciplinar.

Abstract

This thesis discusses the practices of humanization as a coordination mechanism in health work and networking, from the fieldwork conducted in two laboratories at the Institute of Clinical Research Evandro Chagas (IPEC), Fiocruz. There was a discussion about humanization as a practice inherent to the quality of health care and its institutionalization through the National Humanization Policy (PNH) in Brazil; the fragmentation in the area from growing specialization and therefore the need for interdisciplinary work; and finally the role of communication in the formation of conversation networks that coordinate the work on health services and systems. Workshops with professionals based on the methodology of *Démarche Stratégique*, and interviews with professionals and patients in the Clinical Dermatology and Mycology laboratories at IPEC were the strategies of data collection used. The interviews were analyzed using the Collective Subject Discourse method and discussed in the light of the theoretical framework presented, articulated within the workshops discussions. The presence of a culture of humanization was found in the laboratories surveyed, that can possibly be extended to the institute as a whole and Fiocruz. There were several conceptions of humanization and humanization practices cited by the professionals, including hard technologies, professionals knowledge and relational technologies, as resources to provide a resolute and quality care. The attendance at the institute was considered good, both by practitioners and patients. The greatest difficulty pointed out by professionals and service users were referrals to other health units, particularly after the adoption of the Regulation System (SISREG) through primary care. For professionals another major obstacle in the work process is the infrastructure, particularly the lack of space.

Key-words: health humanization; conversation networks; health care network; multidisciplinary team.

SUMÁRIO

1. <u>Introdução</u>	<u>1</u>
2. <u>Capítulo I - Referencial Teórico</u>	<u>7</u>
2.1. As práticas e a Política de Humanização	7
2.2. A fragmentação do trabalho na área da saúde e a interdisciplinaridade	11
2.3. A dimensão comunicativa da saúde e a formação de redes	17
3. <u>Capítulo II - Contexto: o local da pesquisa</u>	<u>25</u>
4. <u>Metodologia</u>	<u>31</u>
4.1. Entrada em Campo	32
4.2. Entrevistados	32
4.3. <i>Démarche Stratégique</i>	34
4.4. Metodologia de análise: o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	36
5. <u>Resultados e Discussão</u>	<u>38</u>
6. <u>Considerações Finais</u>	<u>93</u>
7. <u>Referências Bibliográficas</u>	<u>97</u>
8. <u>ANEXOS</u>	<u>102</u>
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE	
ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE APOIO	
ANEXO IV - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIO	
ANEXO V - QUADRO MODELO DE APLICAÇÃO DA <i>DÉMARCHE STRATÉGIQUE</i>	

1. Introdução

Saúde pública é sempre um tema complexo e abrangente. A Fiocruz é uma instituição exemplar na lida com os diferentes aspectos do tema, na pesquisa, na assistência e na prevenção. No Brasil, é um grande desafio fazer funcionar um sistema público de saúde que atenda bem à população. Contudo, a legislação brasileira deu um grande passo a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, na contramão do apoio estatal ao setor privado. (Paim, Jairnilson et al,2011) No entanto, ainda temos uma longa estrada pela frente. No que diz respeito à boa implantação deste modelo, os desafios são muitos. Em relação aos recursos humanos as dificuldades vão desde questões salariais até resistências dos profissionais à adoção de novas propostas. (Victora, Cesar G. et al, 2011; Andrade, Maria C. et al, 2011) A pesquisa tem um papel fundamental para subsidiar propostas de avanços na lei e na qualidade do atendimento prestado à população.

Os princípios do SUS instituídos pela Constituição Federal são: universalidade de acesso em todos os níveis da assistência; igualdade na assistência à saúde; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa, com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (Noronha et al., 2008; Mattos, 2009)

A legislação é ampla e parece abarcar os aspectos importantes para o bom funcionamento do sistema de saúde, embora concessões ao projeto original da Reforma Sanitária tenham sido feitas a fim de viabilizar sua concretização, como a abertura à iniciativa privada, que colocam impasses ao modelo até hoje. Esses impasses não serão alvo desta investigação, porém fazem parte do contexto em que ela se insere. A preconização do trabalho em rede é um dos aspectos que consideramos positivo e que pretendemos discutir aqui. Embora o SUS trabalhe com esta diretriz, ainda temos um sistema muito fragmentado, com grandes dificuldades de articulação entre os serviços. (Lima, 2009; Hartz e Contandriopoulos, 2004; Viana e Machado, 2008) Diferentes sistemas de saúde no mundo trabalham com o conceito de rede como um instrumento pra ampliar o acesso e diminuir as desigualdades. (Kuschnir, R. E Chorny, A.H., 2010) Mas há sempre uma lacuna entre o que diz a lei e sua aplicação, e isto se

maximiza quando se trata de um meio onde as relações humanas estão marcadas pela dor, pela diversidade, pela falta. A interpretação da lei possibilita entendimentos variados e a forma como cada um se apropria dela leva a diferentes consequências. Como isso tem se dado na prática dos serviços no caso brasileiro? Como se constrói a rede de saúde no Brasil? Estas são questões importantes porém muito abrangentes, passíveis de inúmeras respostas dependendo do viés que se utilize para respondê-las.

Assim, cabe destacar que para além do desenho formal da rede assistencial do SUS, trabalhadores da saúde fazem esta rede funcionar no cotidiano dos serviços, entre setores e instituições, através de mecanismos formais e informais de encaminhamento. Esta potência do fazer, seu potencial criativo, produz o que Merhy (2007) nomeou como trabalho vivo. Élidea Hennington (2008) explica que o trabalho não é simples repetição normativa, mas cria novas normas, constituindo-se num espaço de transgressão. É por conta dessas “brechas na norma” que é possível fazer escolhas, imprimir uma marca pessoal e implicar-se no próprio fazer. É preciso que haja espaço para o exercício da criatividade, para que o profissional possa se implicar no seu fazer; de outro modo, o que se observa é o descaso.

Luís Cláudio Figueiredo (2009) em *As diversas faces do cuidar* afirma que as “atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação, bem como, em geral, do que nos cabe a todos na condição de seres humanos vivendo em sociedade”. No entanto, a dimensão humana que nos é tão cara muitas vezes nos escapa e coloca em risco o cuidado. Neste âmbito, fez-se necessária a elaboração do projeto HumanizaSUS (Brasil, 2004), revendo os modos de gestão dos processos de trabalho na saúde de forma transversal, na busca de uma maior implicação dos atores envolvidos na linha do cuidado, bem como de uma maior integração entre os serviços (Pasche et al, 2011; Benevides e Passos, 2005; Hennington, 2008).

Esta dissertação de mestrado se insere no projeto de pesquisa mais amplo “Humanização nos serviços de saúde: gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”, coordenado pela pesquisadora Elizabeth Artmann no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), e aprovado pelos Comitês de Ética da ENSP em 09/07/2007 (nº do protocolo

60/07) e do IPEC em 29/11/2007 (nº do protocolo 048/07).

O IPEC é uma instituição de excelência reconhecida, referência para o tratamento de doenças infecto-contagiosas, com missão complexa, que envolve pesquisa, ensino e assistência. Estas características podem permitir a análise de relações de interdisciplinaridade, além das relações com outros serviços, através de encaminhamentos recebidos ou efetuados de acordo com a necessidade dos usuários. Apesar do carro-chefe do IPEC ser a pesquisa, o instituto tem o que contribuir para a inserção na rede, pois como instituição de referência atende pacientes e realiza exames para outras instituições, bem como estabelece parcerias de pesquisa.

O presente trabalho é um estudo de caso realizado em um serviço onde as práticas de humanização se mostram presentes, e a discussão acerca da humanização já vem acontecendo, com um comitê de humanização atuante desde 2009. Pode oferecer elementos importantes para conhecermos melhor as dificuldades que se apresentam para a efetivação da PNH na prática e os possíveis benefícios que a implantação desta política traz aos serviços e a sua relação com a rede de atenção à saúde. O método da *Démarche Stratégique*, que foi utilizado neste trabalho, já havia sido aplicado nos laboratórios de leishmaniose, Chagas e AIDS do IPEC, potencializando a comunicação e integração no serviço. No laboratório de leishmaniose o aspecto relacional do trabalho foi fortemente destacado pelos profissionais. (Artmann et al., 2013)

Este trabalho buscou problematizar o dia-a-dia do serviço, apontando dificuldades, desafios e possíveis modos de fazer, que sirvam para indicar a necessidade de ajustes a serem feitos ou experiências a serem seguidas, tanto na legislação quanto na transposição desta para o trabalho cotidiano. “O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar.” (Brasil, 2009) Para tanto é preciso conhecer a realidade dos serviços.

Quanto mais experiências concretas possam ser analisadas, buscando compreender os meandros do trabalho na saúde, mais teremos subsídios para melhorar o atendimento e enfrentar a fragmentação. “As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta

conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc.” (Brasil, 2009)

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004) a integração dos serviços de saúde é um eixo prioritário de investigação e avaliação, no âmbito das reformas de políticas públicas. Dentro deste eixo, poucos são os estudos que buscam compreender o aspecto comunicativo das relações interpessoais que fazem a articulação dos sistemas. (Lima e Rivera, 2009)

As redes são um potente instrumento de integração, porém estão sujeitas a disputas de poder. Kuschmir e Chorny (2010) analisaram diferentes experiências no campo do cuidado integrado e destacam a dificuldade de transpor o que se acha sobre um sistema para outro, sendo importante entender o contexto institucional em cada um deles. Ouvindo o profissional da saúde e o usuário é possível identificar facilitadores e barreiras à integração e compreender melhor este contexto. De que forma são os médicos, enfermeiros, psicólogos afetados por este contexto? Como também contribuem para a manutenção ou modificação do instituído?

O enfoque de gestão *Démarche Stratégique* explora especialmente duas características dos serviços que são caras à humanização: a capacidade de estabelecer sinergias internas e a realização de parcerias externas. (Rivera, 1997) É um método com grande potencial para problematizar a performance dos serviços em relação às tecnologias leves, pois chama a discussão os atores que compõem o centro operacional das organizações de saúde. Desta forma, irá contribuir para pensarmos em que medida estas capacidades relacionais se concretizam na prática nos laboratórios pesquisados no IPEC, considerando-se que a relação com o SUS é um desafio para este instituto.

Rivera e Artmann (2010;2012) defendem uma concepção pluralista e comunicativa do planejamento e da gestão em saúde. Os autores destacam a capacidade de escuta do outro e a negociação como pontos-chave do planejamento em saúde no Brasil, reconhecendo a heterogeneidade existente neste contexto, a diversidade de projetos e de atores envolvidos. A PNH caminha neste sentido, incentivando “arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial)”

(Brasil, 2009)

Analisar a passagem do que se pretende enquanto política pública e do que realmente se alcança na ponta do sistema, pode ajudar a construir um sistema de saúde pública cada vez mais consistente e coerente.

A meu ver, o objetivo de estudar experiências de práticas humanizadoras e a construção da rede em saúde, a partir do entendimento do seu cotidiano, aos olhos dos profissionais e usuários integrantes desta rede, se insere de forma concreta no papel desempenhado pela Fiocruz, e especialmente pela ENSP, de buscar subsídios para formular políticas públicas em saúde que possam ser implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, acredito que o objetivo de estudar parte essencial da cadeia (a face do SUS mais próxima ao usuário) ajudará a compreender a saúde como um conceito interdisciplinar, tendo em vista os diversos profissionais nela envolvidos, sua complexidade e diferentes interfaces. Esta compreensão pode somar esforços à luta pelo atendimento e tratamento na rede SUS com foco na saúde e não na doença, mudança de paradigma que é um dos focos de atuação da Fiocruz.

O SUS se propõe a operar em rede, de forma a garantir o acesso equânime a toda a população. O HumanizaSUS vem colaborar com o sistema convocando “os trabalhadores a olharem para seus processos de trabalho, analisando-os como um processo histórico, instituído por quem os compõe (trabalhadores, gestores e usuários).” (Santos Filho, S.B. et al,2009)

Para além dos dispositivos físicos e tecnológicos, são os profissionais que costuram a rede. Estariam eles cientes deste papel? Qual é o sentimento dos trabalhadores de saúde que estão envolvidos nas diferentes etapas deste processo? Será que eles têm a dimensão do impacto do seu trabalho na construção diária da rede de saúde e do próprio Sistema Único de Saúde?

Entender melhor a questão da construção da rede em saúde, não apenas no meio acadêmico ou na gestão, mas no cotidiano dos serviços, considerando que este nível também

participa da gestão, pode contribuir para uma compreensão mais ampla e contextualizada das práticas em saúde. Qual é a percepção do profissional que trabalha diretamente com a assistência ao usuário? Ele possui um sentimento de pertencimento a esta rede de cuidado? E o usuário, como participa desta construção?

O objetivo geral desta pesquisa é compreender como se dá a incorporação da humanização e a relação com a rede em saúde no cotidiano dos serviços de uma instituição complexa que envolve pesquisa e assistência. Seus objetivos específicos foram: analisar a apropriação das propostas de humanização pelos profissionais do laboratório de Micologia e de Dermatologia Clínica do IPEC; identificar a contribuição do trabalho interdisciplinar (em equipe) para a integração do serviço na rede de serviços e de pesquisa; situar os laboratórios de Micologia e de Dermatologia Clínica do IPEC na rede de serviços e pesquisa, identificando os principais fluxos de referência e contra-referência destes serviços.

O referencial teórico utilizado é apresentado no primeiro capítulo, dividido em três seções: As práticas e a Política de Humanização; A fragmentação do trabalho na área da saúde e a interdisciplinaridade; e A dimensão comunicativa na saúde e a formação de redes. A estes se segue um capítulo sobre o local onde foi realizada a pesquisa, no intuito de apresentar o contexto em que se inserem os resultados apresentados. Explicita-se então a metodologia utilizada no estudo; e apresenta-se o capítulo com os resultados e a discussão do material encontrado. Nas considerações finais, destacamos as principais conclusões do trabalho e apontamos questões que ficaram em aberto e indicam novas possibilidades de investigação.

Este trabalho buscou conhecer as concepções de humanização e de rede dos profissionais e usuários, e as conexões destas concepções com a formação de redes de assistência e de pesquisa. Identificar nexos interdisciplinares nas práticas dos profissionais, e seus reflexos nas relações intra e interinstitucionais.

2. Capítulo I – Referencial Teórico

2.1. As práticas e a Política de Humanização

A implantação do SUS ao longo desses mais de vinte anos passou por diferentes momentos em que os aspectos priorizados se modificaram, colocando em relevo um ou outro princípio de acordo com estratégias ou opções políticas. (Mattos, 2009) A Política de Humanização vem reafirmar a necessidade de se investir na qualidade do cuidado, e não apenas na expansão da rede e do acesso. E embora a direção política do governo atualmente pareça ser a regionalização, a Política Nacional de Humanização (PNH) mantém o seu espaço e busca instaurar um ambiente de reflexão sobre as práticas de saúde no SUS. A própria regionalização, como estratégia para alcançar a integralidade da atenção à saúde, depende do funcionamento adequado dos diversos pontos de atenção que compõem uma região de saúde, destacando-se a importância da coordenação local e interna aos serviços que pode ser alcançada pelo tipo de prática de saúde preconizada pela PNH. Mattos (2009) ressalta que a humanização, ainda que não faça parte dos princípios fundamentais do SUS, é hoje central para as políticas de saúde.

No âmbito do projeto de Reforma Sanitária, as práticas de humanização, no sentido do respeito ao usuário e dignidade do trabalhador da saúde, em prol de uma melhor qualidade do cuidado já estavam propostas. Na implementação do SUS, ao longo dos anos, diversos projetos de humanização foram adotados pelos governos, particularmente os voltados para a área materno-infantil. (Pasche et al, 2011; Benevides e Passos, 2005; Hennington, 2008; Artmann e Rivera, 2011) A humanização aparece ligada inicialmente à qualidade da atenção e satisfação do usuário, e só depois incorpora as questões dos profissionais de saúde. (Benevides e Passos, 2005) Pode-se dizer que, independente de programas ou da política, sempre houve nichos na saúde onde a prática humanizada foi exercitada.

O tema foi discutido na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.” Em 2001, o Ministério da Saúde lançou a Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). No entanto, só a partir de 2003, o governo federal institucionaliza e induz a adoção das práticas de

humanização num formato mais abrangente, com a criação da Política Nacional de Humanização. A PNH por ser transversal e estar posta para todo o sistema, introduz uma perspectiva de rede, contrapondo-se à lógica de programas existente até então (Pasche, D. F. et al, 2011; Hennington, 2008), e visa assegurar os princípios do SUS através da adoção de determinados dispositivos.

O primeiro documento base da PNH foi lançado em 2004 com os seguintes princípios norteadores (Brasil, 2004):

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.

5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Em 2008 uma nova edição do documento base da PNH destaca três princípios desta política: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Este documento já se baseia no “SUS que dá certo”, experiências bem sucedidas onde os princípios e dispositivos da PNH são adotados e os resultados mostram a melhoria da saúde da população atendida, bem como a satisfação dos trabalhadores envolvidos. (Brasil, 2008)

No Brasil as práticas de humanização são vistas como *tecnologias relacionais* (Deslandes, 2006; Benevides e Passos, 2005) e o conceito de humanização está estreitamente relacionado ao de integralidade do cuidado (Deslandes, 2006; Mattos, 2009), como meio de

efetivação deste princípio. (Benevides e Passos, 2005) A discussão sobre a humanização traz para o centro do debate a transformação das práticas e a qualidade do cuidado. (Benevides e Passos, 2005; Mattos, 2009; Pasche et al, 2011)

Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (Hennington, E.A., 2008; p.557)

Este seria o objetivo da humanização: humanizar. Mas como alcança-lo? É nesta ceara, do como fazer, que a humanização põe em relevo a mudança nas práticas de produção de saúde como meio de se alcançar a qualidade da assistência. Assim, fica claro que atenção e gestão do cuidado são indissociáveis, na medida em que o processo de trabalho transforma não apenas as práticas mas também os sujeitos envolvidos nelas. (Benevides e Passos, 2005) Processo de trabalho e processo de subjetivação caminham juntos, num movimento circular que pode ser virtuoso, produzindo de fato saúde para profissionais e usuários, mas pode também provocar o adoecimento desses sujeitos e do próprio sistema, produzindo desassistência ou assistência de má qualidade.

O SUS não é um projeto estático, está em constante modificação e deve sempre buscar novas soluções para dar conta da complexidade da saúde pública num país de dimensões continentais como o Brasil. Problematizar o papel do profissional de saúde na construção desta teia, pensando na integralidade do usuário para além de um atendimento isolado, é fundamental para aperfeiçoar o seu funcionamento.

A transversalidade da PNH no sentido de costurar uma cadeia, dar subsídios aos profissionais para fazer a ligação necessária entre o usuário, os serviços, os setores, os procedimentos, os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, traz o desafio da expansão das práticas humanizadas, de forma a compor de fato uma rede viva e ativa. A humanização contribui para a modificação das práticas na medida em que produz novos modos de relação,

constituindo coletivos participativos, onde as decisões são negociadas e compartilhadas. (Benevides e Passos, 2005)

O artigo *Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação* mostra a sensibilização dos profissionais para a questão do atendimento humanizado após participarem de um trabalho de capacitação neste sentido. O artigo constatou que houve aprendizagem significativa acerca dos temas abordados, ou seja, havia vontade dos profissionais de aprender sobre assuntos que dizem respeito ao seu cotidiano pois são questões que fazem sentido para eles. Com esta experiência, as autoras reforçam que “é preciso criar condições favoráveis para propiciar a permanente reflexão sobre as práticas e a produção de coletivos e construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios do SUS”. O artigo aponta a importância da percepção do profissional da assistência sobre os temas da saúde que estão presentes no seu dia-a-dia, e como eles lhe são caros para a realização do seu trabalho. (Andrade, Maria C. et al, 2011)

No intuito de melhorar a qualidade da assistência, a humanização aposta na mudança das práticas e dos sujeitos, valorizando as formas de relacionamento das pessoas envolvidas no cuidado que os tornam protagonistas, tanto profissionais como usuários, do processo do qual participam. (Benevides e Passos, 2005; Hennington, 2008) Mecanismos de gestão participativa e a co-responsabilização são meios de implicar os atores em seus fazeres de forma conjunta e compartilhada, tornando-os mais atuantes e favorecendo a formação de redes.

Nesta perspectiva, Benevides e Passos (2004;2005) afirmam que:

A humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação, que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos. (Benevides e Passos, 2005; p.393)

É neste sentido também que Hennington (2008) propõe repensar o papel dos

profissionais da saúde, como atores estratégicos, na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

No glossário do documento base da PNH, redes de atenção em saúde recebe a seguinte definição:

“Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral dos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a **sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.**” (Brasil, 2008) (grifo meu)

Esta concepção central de redes trazida pela definição da PNH é também a que acreditamos e que será explorada neste trabalho a partir de um ponto de vista comunicativo, como veremos nos capítulos que se seguem.

2.2. A fragmentação do trabalho na área da saúde e a interdisciplinaridade

Como vimos, a humanização nos coloca o grande desafio de transformar as práticas de saúde, interferindo no aspecto relacional do trabalho neste campo. Desta forma, não podemos deixar de abordar o tema da especialização, que é hoje inerente ao trabalho em saúde e pede uma reflexão sobre a fragmentação do saber e o trabalho interdisciplinar.

A concepção ampliada de saúde com que trabalhamos hoje é essencialmente interdisciplinar (Peduzzi, 2001; Merhy, 2007), noção que se fortalece quando se trata da saúde de uma população e não apenas de um indivíduo isolado. Joel Birman (2005) contribui com esta questão, contrapondo a saúde pública, historicamente fundada sobre o paradigma biológico, à

ideia de saúde coletiva, que vem problematizar a partir das ciências humanas a naturalização do discurso médico, incluindo as dimensões simbólica, ética e política neste campo. Para o autor:

“O campo da Saúde Coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite em seu território uma diversidade de objetos e discursos teóricos sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica ou valorativa.”
(Birman, 2005; p.15)

Embora teoricamente esta máxima seja amplamente reconhecida, na prática a tradição biomédica se mantém, numa conformação onde os outros saberes estão subordinados ao do médico de forma compartimentada, reproduzindo na assistência a fragmentação dos saberes. (Peduzzi, 2007) Marina Peduzzi (2001) faz uma distinção entre trabalhos diferentes e trabalhos desiguais, em que os primeiros referem-se às especificidades técnicas das profissões, enquanto os segundos dizem respeito a uma diferenciação de valoração social das profissões.

Merhy e Queiroz (1993) teceram uma crítica sobre o aprisionamento do trabalhador da saúde na lógica da clínica individual, sob o paradigma biológico, em detrimento dos princípios da saúde pública. Esta mentalidade ainda se faz presente na atualidade, por exemplo, quando se discute um projeto de lei sobre o ato médico. Peduzzi (2001) afirma que mesmo os profissionais que apresentam um discurso crítico quanto a esta posição, tendem a reproduzi-la nas relações de trabalho.

No século XX grandes avanços foram alcançados pela medicina na área das tecnologias duras – medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, técnicas cirúrgicas e outras – mas ao mesmo tempo, diminuiu-se a capacidade crítica dos profissionais para fazerem uso destes recursos de forma a responder a casos singulares. Com esta supervalorização dos meios, perdeu-se em capacidade de interação com o outro, profissional e usuário, produzindo-se uma redução do objeto da medicina e de suas práticas, em que o procedimento passou a ter um fim em si. Avaliar se o procedimento foi bem ou mal sucedido passou a ser mais importante do que saber se o conjunto das práticas clínicas trouxe benefícios reais ao paciente atendido. (Campos, G.W., 2003)

Historicamente as organizações de saúde fragmentaram os processos de trabalho, compartimentando o objeto de trabalho através da especialização profissional. “Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc.” (Brasil, 2009) Embora a reforma sanitária no Brasil tenha sido conduzida pela sociedade civil e em grande parte por profissionais da saúde, desde a década de 1970, culminando com a criação do SUS em 1988, não é simples mudar a cultura institucional que atravessa todo um sistema.

A saúde vive uma crescente especialização e conseqüente fragmentação do saber, o que exige uma abordagem interdisciplinar de seu objeto. (Artmann, 2001; Peduzzi,2001) Nas últimas décadas, como respostas ao reducionismo da medicina e a fragmentação ocorrida na saúde, a clínica vem ampliando seu escopo de saberes e buscando uma perspectiva mais integral e humanizada, em que o trabalho em equipe composta não apenas por diferentes especialistas médicos mas também por profissionais de outras formações faz-se necessário. (Campos, G.W., 2003)

Neste sentido, buscando compreender e responder às necessidades do usuário em sua integralidade, a inserção do serviço numa rede mais ampla de serviços e a interdisciplinaridade são premissas da humanização, tendo sido destacadas pelo MS no documento base da PNH. (Brasil, 2004, 2008) Contudo, ainda encontramos equipes do tipo agrupamento, em que as ações de saúde são realizadas de forma desarticulada. (Artmann et al., 2013; Peduzzi,2001, 2007) Peduzzi (2001,2007) descreve dois tipos de equipe de trabalho: a “equipe integração, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa, e equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento de profissionais.” (Peduzzi, 2007, p.6)

Entretanto, como destacou Juliano Lima (2008) em sua tese de doutorado sobre o agir comunicativo e a coordenação em sistemas de serviços de saúde:

(...) é importante insistir que, ao pensar-se o sistema de serviços de saúde como uma rede coordenada de serviços capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, as “ligações” entre os “nós” desta rede somente podem ocorrer mediante o estabelecimento de uma outra rede intrincada de

interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gestores e profissionais) e os cidadãos; os serviços de saúde só se organizam a partir da existência de pessoas que operam o dia-a-dia dessas redes, sejam eles gestores, profissionais ou usuários.(Lima, 2008; p.57)

As organizações de saúde são organizações profissionais, e como tal possuem a característica de grande autonomia dos atores. Pela singularidade do trabalho que se desenvolve nestas organizações, o mecanismo de coordenação preferencial é o ajustamento mútuo, pois o seu funcionamento se baseia na capacidade e no conhecimento dos profissionais que executam o trabalho. Sendo assim, a fragmentação dificulta a coordenação do trabalho, que depende particularmente do núcleo operacional. (Mintzberg, 2006) Por outro lado, a participação dos profissionais na articulação de seus saberes e fazeres torna-se uma exigência.

Gittel (2002a; 2002b) e Gittel e Weiss (2004) (apud Lima, 2008) consideram a interação entre os participantes como processo central dos mecanismos de coordenação entre os serviços de saúde, ainda que haja outros mecanismos que possam auxiliá-la. Isto se deve, segundo Lima (2008), ao elevado grau de incerteza e a necessidade de respostas rápidas neste tipo de provisão.

A crescente especialização na área da saúde, leva inevitavelmente a uma fragmentação, e por isso se fazem necessários os mecanismos de coordenação, tanto no que diz respeito à integração entre os atores internos quanto em relação a outras instituições, pois neste tipo de organização há também uma supervalorização do ambiente interno. A fragmentação na área da saúde se expressa também nas instituições e nos modelos assistenciais. (Hartz e Contandriopoulos, 2004; Viana e Machado, 2008)

Juliano Lima (2008) fez uma revisão sobre o tema da coordenação em serviços de saúde e mostrou, através dos estudos de diversos autores internacionais, como este é um processo prioritariamente relacional e sustentado por redes de conversação. O autor considera que para se ter uma interação sistêmica, uma série de interações têm que se dar em âmbitos menores, e estas ocorrem entre pessoas que interagem formando redes de conversação.

A mudança do modelo de atenção é hoje um grande desafio do SUS. Apesar do subfinanciamento do sistema, há ainda uma grande parcela funcionando conforme o modelo tradicional de atenção, a exemplo dos Estados Unidos, onde os custos crescem exponencialmente, tornando seu financiamento impossível especialmente num sistema universal, além de dificultar o acesso à população. (Campos, G.W., 2003) Campos alerta ainda para a inadequação da organização dos serviços de saúde no Brasil para se atingir sua finalidade de universalidade e integralidade da atenção:

O desenho organizacional da rede de serviços brasileira, ainda que venham ocorrendo importantes transformações, ainda está longe de atingir uma racionalidade que assegure eficácia e eficiência ao sistema. (Campos, G.W., 2003; p.104)

Merhy (2007) chama a atenção para o espaço micropolítico de gestão, que se exerce no interior dos serviços, como espaço privilegiado de mudança do modelo de atenção. Neste trabalho buscarei este enfoque, entendendo que esta é uma das direções possíveis e necessárias para efetivação de um modelo de atenção comprometido com a humanização e a integralidade da atenção.

Campos (2003) propõe para este novo cenário uma clínica ampliada, que conjuga o conhecimento clínico tradicional das regularidades do processo saúde-doença, com uma clínica do sujeito, que busca compreender cada caso em sua singularidade. A forma como aquelas regularidades se manifestam e se desenvolvem para cada sujeito é singular, pois ela é sobredeterminada pela sua história, seu meio social e sua variação biológica.

É nessa linha de raciocínio que Merhy (2007) sugere um modelo usuário-centrado, ou seja, um modelo que não se desfaz do conhecimento e das tecnologias previamente produzidas no campo da saúde, mas que faz uso delas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. Uma clínica ampliada e usuário-centrada demanda a integração da ação dos profissionais de diferentes especialidades para atuar em cada caso.

Campos (2003) destaca a necessidade de um modelo de gestão que invista na relação do profissional com seu próprio fazer:

Finalmente, há que se reafirmar como estratégia fundamental um modelo de gestão que reconstrua o encantamento dos profissionais com o exercício da própria profissão, o que implica educação continuada e valorização do fator humano em saúde. (Campos, G. W., 2003; p.121)

O método de gestão *Démarche Stratégique*, desenvolvido pelo Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, na França, e trazido ao Brasil por Javier Rivera em 1997, tem como um de seus principais objetivos promover espaços de comunicação com vistas a construção de um projeto coletivo, com isso possibilita também um processo progressivo de transformação cultural. (Rivera, 1997) Este enfoque valoriza a interdisciplinaridade e busca abrir a organização ao ambiente externo, propondo a substituição da concorrência pela solidariedade entre as instituições. Por ter sido idealizada para a gestão de instituições complexas como são os hospitais e para um sistema público, o francês, ela leva em consideração estas características das organizações de saúde apontando para os benefícios que esta coordenação intra e interserviços pode trazer. É um método que estimula a participação dos atores, a mudança e a aprendizagem permanentes, buscando ainda a articulação do hospital com a rede de serviços de saúde. (Rivera, 1997; Andrade e Artmann, 2009)

O MS tem reforçado seu projeto de humanização como política que deve estar presente em todos os níveis da gestão e da atenção, integrando as diversas instâncias e ações componentes do SUS. A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe “(...) para os diferentes coletivos/equipes o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.” (Brasil, 2009) Como as práticas de humanização se expressam nos serviços? Qual é o resultado da incorporação de seus pressupostos pelos profissionais? O que aparece em seus discursos?

Problematizar, pesquisar e buscar respostas para estas questões é parte fundamental do

processo de consolidação, melhora e fortalecimento contínuo por que deve passar o Sistema Único de Saúde em nosso país. Neste sentido, Artmann e Rivera (2006) apoiados em Habermas discutem a possibilidade de evolução da cultura a partir da relação circular que ela estabelece com a comunicação. Reconhecendo os espaços comunicativos que perpassam as práticas de saúde, os autores endossam a potência da PNH, já que a incorporação de uma cultura de humanização pode se dar a partir da ação comunicativa. Esta perspectiva que se apresenta como alternativa para lidar com a fragmentação na área da saúde será explorada no capítulo que se segue.

2.3. A dimensão comunicativa na saúde e a formação de redes

Como apontamos na seção 2.1, os três princípios da PNH estão fortemente ligados a uma dimensão comunicativa. O documento base de 2008 descreve o princípio da transversalidade como:

“aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.” (Brasil, 2008, p.23)

Para Benevides e Passos (2005) é preciso aumentar o grau de comunicação e conexão entre os grupos, nos serviços e no sistema como um todo, para que se produzam mudanças efetivas nas formas de relacionamento que engendram as práticas de saúde. A Humanização é uma estratégia política e gerencial que visa uma mudança nas práticas de saúde a partir do fomento de espaços de participação e comunicação. Sendo assim, supõe um modelo de gestão colegiada e participativa. (Artmann e Rivera, 2011)

Em relação ao segundo princípio, indissociabilidade entre atenção e gestão, podemos destacar a integralidade do cuidado e a integração dos processos de trabalho como fatores que

dependem também da comunicação. O terceiro princípio, protagonismo, co-responsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos, valoriza especificamente a posição dos atores envolvidos no processo de produção da saúde, posição que se constitui a partir da participação e do diálogo.

Lançaremos mão do modelo de comunicação de Habermans para compreender como se dá a relação entre as pessoas através da linguagem. O uso da linguagem promove uma mediação intersubjetiva, pois institui um entendimento entre os atores, a partir de pretensões de validade compartilhadas, com vistas à realização de ações conjuntas. (Artmann, 2001) Este agir comunicativo é uma das características fundamentais das equipes do tipo integração, pois possibilita que as pessoas cheguem a acordos e viabilizem seus planos de ação. (Peduzzi, 2001)

O paradigma comunicativo de Habermas substitui a relação sujeito-objeto, pela relação intersubjetiva, onde se articulam pretensões de validade sobre o mundo objetivo, relativo às coisas que existem no mundo físico, o mundo social, ligado às normas sociais e culturais de cada grupo social, e o mundo subjetivo, dos sentimentos e percepções internas aos indivíduos. (Artmann, 2001; Fiedler, 2006) Habermas define esses três mundos como dimensões distintas, que se conectam através do Mundo da Vida. Este constitui o terreno das pré-interpretações que orientam nossas ações, sendo constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, bem como pela linguagem que as articula. Enquanto no Mundo da Vida desenvolve-se o agir comunicativo, que privilegia o espaço dialógico, no Sistema se desenvolve o agir instrumental e estratégico. (Fiedler, 2006) Mundo da Vida e Sistema são as duas instâncias que organizam a sociedade, se contrapondo e se complementando simultaneamente.

O agir comunicativo para Habermas é uma interação social que ocorre através de atos de fala, proferidos e compreendidos com base em pretensões de validade. É um tipo de comunicação sustentado por quatro pressupostos: a inteligibilidade, que parte do princípio de que a linguagem utilizada pode ser compreendida por todos os participantes da conversa; a verdade da proposição, que deve referir-se a um acontecimento verificável; a correção normativa, que depende que as normas ou valores de referência do falante sejam considerados legítimos; e a autenticidade dos falantes, que diz respeito à busca sincera de um entendimento. (Artmann e Rivera, 2011)

O entendimento/comunicação é processual e voltado para o consenso, que é sempre provisório. Este processo é fluido enquanto as pretensões de validade são compartilhadas. Quando se faz necessário fundamentar novas pretensões de validade, recorre-se à argumentação, passando-se ao discurso, o que abre espaço para a reflexão. Através da razão comunicativa, o homem pode relativizar as verdades oriundas dos três mundos, produzindo verdades contextualizadas e compartilhadas, ao menos por um período de tempo. Podemos considerar que este processo comunicativo é constitutivo do trabalho em saúde, especialmente em sua dimensão cuidadora, pertencente a qualquer prática em saúde independente de formação profissional, posto que inclui necessariamente o outro. (Merhy, 2007)

No entanto, a posição de cada profissional em relação ao seu ofício pode mudar as perspectivas do paciente, restringindo o seu campo de ação ou apostando numa ampliação do seu espaço de subjetivação. (Passos, Cavalcanti e Ribeiro, 2002) A adoção de uma perspectiva cuidadora revela o reconhecimento do outro, de sua autonomia e de sua alteridade, o que é desejável mas nem sempre se observa nas relações da saúde. Este seria o cuidado como categoria reconstrutiva conforme define Ayres (2011): o diálogo entre a tecnociência médica e a necessidade dos sujeitos, que a prática terapêutica possibilita.

No Modelo do entendimento de Habermas o processo comunicativo possui um fluxo recíproco, onde todos os presentes tem participação ativa. Echeverria (1997) ressalta o papel da escuta reconhecendo seu caráter ativo, devido à historicidade dos indivíduos presente no Mundo da Vida, que dá condições ao conhecimento e habilita a escuta. Ayres (2011) trabalha com a ideia de fusão de horizontes como forma de lidar com as diferenças na saúde, possibilitando um cuidado que atenda aos diversos projetos de felicidade. Tendo em vista que a felicidade é um conceito subjetivo e, portanto, só poderia ser índice de si mesma, o autor propõe esta fusão, que só pode ocorrer numa interação comunicativa não hierarquizada, onde se entenda que todos os participantes detém algum saber.

No campo da saúde, autores como Teixeira, Campos e Merhy propõem dispositivos dialógicos para apurar a compreensão sobre as necessidades dos usuários e a integração das equipes, de modo a agenciar melhor o cuidado. Estes dispositivos-conceitos, que serão expostos

a seguir, podem ser entendidos à luz da teoria habermasiana.

Para Teixeira (2003) a conversa é a substância do trabalho em saúde, que se dá em cada encontro. “Sendo tais encontros momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço.” (p.102) O autor propõe a noção de *acolhimento-diálogo*, como a técnica de conversa presente em cada um dos encontros entre profissional e usuário nos serviços de saúde, formando uma rede de conversações que agenciam a trajetória do usuário no serviço. A palavra acolhimento contém a ideia de uma escuta aberta a receber a demanda do paciente, e o diálogo aponta para a conversa, onde será possível depurar as necessidades do usuário e negociar o melhor tratamento. Poderíamos incluir as relações entre profissionais da assistência no *acolhimento-diálogo*, na medida em que, em meio aos encontros entre profissionais e usuários, muitas conversas entre os trabalhadores acontecem e contribuem para a rede de conversações que influenciará na trajetória do paciente. (Artmann e Rivera, 2014) É disto que se trata também quando Peduzzi (2001) se refere à prática da comunicação como dimensão intrínseca ao trabalho, quando há uma aposta no percurso através do entendimento e reconhecimento mútuos para se chegar a um fim que não está definido a priori, pois depende da construção que se faz em cada um destes encontros.

Miranda, Rivera e Artmann (2012) articularam a questão do reconhecimento nas equipes de trabalho com a Teoria do Agir Comunicativo, mostrando como esse espaço de interação pode proporcionar o desenvolvimento da criatividade e da autonomia, funcionando como um espaço transicional a partir da comunicação. Honneth (apud Miranda, Rivera e Artmann, 2012) articula sua própria teoria ao conceito de interação comunicativa de Habermas, argumentando que a intersubjetividade como condição para o reconhecimento é também base para a troca linguística, em que os sujeitos buscam não apenas o consenso mas também o reconhecimento. Isto está nos fundamentos do desenvolvimento emocional do ser humano, que se dá num processo de dependência e autonomia progressiva e se estende por toda a vida. Assim, de acordo com a teoria winnicottiana, o bebê conquista paulatinamente sua autonomia, separação da mãe, construindo um mundo subjetivo próprio porém sempre em relação com o outro. Entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo existe um espaço transicional, que sustenta as relações e possibilita

as trocas, a criatividade e a autonomia. (Winnicott, 1975)

A Clínica ampliada, de Campos (2003), busca conjugar a clínica das regularidades do processo saúde-doença com a clínica do sujeito, que tem como foco a singularidade de cada caso. Assim o profissional deve estar atento tanto às regras gerais que compõem o escopo de conhecimento das diferentes disciplinas como também em como cada paciente vive a experiência de estar doente. Então não se trata de descartar a doença, mas de escutar o sujeito e seu contexto e dar oportunidade a ele de lidar melhor com a sua doença, de ser protagonista de seu tratamento, de ter maior autonomia. Desta forma estaríamos ampliando o objeto de saber e de intervenção da clínica, agora composto pela doença, pelo sujeito e por seu contexto.

O autor aponta como desafio à Clínica ampliada a superação dos reducionismos tecnicistas e biologicistas da clínica tradicional e da fragmentação que esta mentalidade vem produzindo, a partir do investimento na relação entre profissional de referência e usuário. Para tanto seria necessário ainda o reconhecimento dos limites do saber estruturado, afim de poder questioná-lo, caso necessário, e escutar o saber do outro, profissional ou leigo, visto que o paciente também sabe sobre si. Para escutar, expor pontos de vista e tomar decisões compartilhadas, lança-se mão também de um agir comunicativo. (Campos, 2003)

Campos (2003) recorre à noção de transferência da psicanálise para descrever um vínculo que se estabelece entre profissional e usuário e que, quando positivo, pode contribuir para o bom andamento do tratamento. Em *A dinâmica da transferência* Freud (1974[1912]) escreveu sobre a intensidade da transferência nas instituições psiquiátricas, onde os pacientes eram tratados de forma não analítica, mostrando que este tipo de relação afetiva acontece entre médico e paciente independentemente do tipo de tratamento adotado. Isso ocorre, pois ao nos vincularmos a um serviço ou profissional de saúde, transferimos afetos a eles, que refletem as expectativas que construímos acerca do atendimento a partir de uma conexão que fazemos entre a experiência vivida no momento e nossa história afetiva prévia.

Do ponto de vista da gestão, Campos (2003) afirma que:

É fundamental que especialistas sejam agrupados em equipes interdisciplinares e em Centros de Referência que assegurem atenção integral em áreas específicas. (...) é fundamental adotar mecanismos de adscrição de clientela e de construção clara de responsabilização de processos de vínculos entre equipes e pacientes dependentes durante um certo período destes serviços. (p.120-121)

O autor utiliza o conceito de Apoio Paidéia para designar uma forma de gestão compartilhada, que estimula o protagonismo de profissionais e usuários partindo do pressuposto de que estes, enquanto sujeitos com interesses e saberes próprios, participam também das funções de gestão e devem articular-se com os objetivos institucionais instaurando uma co-gestão.

Merhy (2007) também destaca o aspecto comunicativo da atenção ao caracterizar o trabalho assistencial em saúde como uma “interseção partilhada” entre usuário e trabalhador. Neste processo há sempre um encontro singular entre o agente produtor – no caso o profissional da saúde –, suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos e tecnologias – e o agente consumidor – representado aí pelo usuário, que participa também da ação produtiva pois comparece com sua subjetividade.

Para este autor, o trabalho vivo em ato é uma exigência de todo trabalho de “interseção partilhada”. Os modos como este trabalho irá conduzir a produção de saúde dependem da direção dada pelo profissional a cada encontro. A prática humanizada deve seguir o eixo das necessidades do paciente, numa lógica usuário-centrada, utilizando-se do conhecimento sobre as regularidades da doença e dos procedimentos disponíveis em função da necessidade de cada usuário.

A produção do cuidado é um processo que se utiliza das tecnologias duras (procedimentos e equipamento) e leve-duras (conhecimento consolidado) – as duas ligadas ao agir instrumental –, mas que se baseia nas tecnologias leves – que dependem do agir comunicativo – como elemento de ligação e coordenação da atenção. Desta forma, o trabalho vivo em ato e o uso das

tecnologias leves, apoiam-se na comunicação produzindo soluções dinâmicas e provisórias, adequadas o melhor possível a cada situação que se apresenta no cotidiano do trabalho em saúde.

A comunicação está necessariamente presente no trabalho em saúde e quanto mais intensas essas relações mediadas pela linguagem maiores as possibilidades de se prover uma assistência de qualidade. Essas interações formam redes vivas, que podem garantir a integralidade do cuidado ao usuário dos serviços de saúde.

Lima e Rivera (2010) estudaram as redes de conversação de um serviço móvel regional de atenção às urgências e mostraram como elas atuam na coordenação das ações e integração dos serviços gerando conexões solidárias. O modelo teórico desenvolvido por Lima (2008) considera a interdependência como determinante da coordenação e integração entre os serviços de saúde, a eficácia dos mecanismos de coordenação do sistema como determinante da integração e a coordenação como fenômeno linguístico, para analisar a integração dos serviços a partir da rede de conversações.

Os dispositivos descritos constituem, portanto, estruturas em rede dentro ou entre serviços e mesmo com outros setores, e ainda que as instituições estejam envolvidas a articulação é feita sempre entre pessoas. (Lima e Rivera, 2010) Para Rovere (apud Fleury e Ouverney, 2007) “as redes são constituídas por pessoas, pois somente estas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e as instituições.”

Para Flores e Echeverria (apud Lima, 2008), as organizações são fenômenos linguísticos, construídas por redes de conversação que as caracterizam, dando-lhe uma identidade. É a partir da conversação entre seus membros que se assumem compromissos mútuos, gerando propriamente uma rede que liga esses atores em prol de realizações conjuntas ou compartilhadas.

Benevides e Passos (2005) apontaram como perspectiva desejável que a humanização se torne inerente ao funcionamento do Sistema Único de Saúde em toda a sua extensão,

incentivando processos participativos contínuos que integrem os atores em redes a partir da criação de compromissos mútuos. A proposta da humanização como eixo transversal para o SUS se viabiliza pela produção de uma “comunicação multivetorializada”, superando a hierarquia própria das relações verticais e a fragmentação presente na comunicação horizontal. (Benevides e Passos, 2005) Desta forma, atenção e gestão são indissociáveis e podem propiciar práticas mais participativas e compartilhadas, responsáveis e engajadas.

Na concepção de Habermas, há no mundo contemporâneo um avanço do Sistema sobre o Mundo da Vida. No caso da saúde, Artmann e Rivera (2011) apontam como desafio a articulação entre a tecnologia clínica, pautada pelo Sistema, e o atendimento humanizado, a partir de um agir comunicativo que gere vínculos intersubjetivos, numa conciliação entre Mundo da vida e Sistema. Os autores consideram o acolhimento e o vínculo como dispositivos práticos da humanização, que seria uma estratégia mais abrangente de intervenção para a mudança das práticas de saúde. Assim, a humanização através do fortalecimento das tecnologias relacionais, baseadas num agir comunicativo, poderia ampliar e fortalecer as redes vivas presentes na saúde pública. Embora se reconheça a importância das redes sistêmicas de serviços de saúde para assegurar a integralidade do cuidado, nos interessa abordar neste trabalho a rede de conversações que se estabelece entre os atores envolvidos no cuidado, como ela propicia a coordenação do trabalho em saúde e suas relações com as práticas de humanização.

3. Capítulo II – Contexto: Local da Pesquisa

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) situa-se no Campus da Fundação Oswaldo Cruz, no bairro de Manguinhos, município do Rio de Janeiro. Destaca-se o papel deste serviço não apenas no atendimento, mas na formação de recursos humanos e na realização de pesquisas relevantes para a saúde pública; bem como a boa organização de seu sistema de informação. São oferecidos cursos de formação inicial e de educação continuada de trabalhadores nas modalidades de atualização, aperfeiçoamento técnico, além dos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu, com mestrado e doutorado, e ainda um curso de residência médica em infectologia. (site: <http://www.ini.fiocruz.br/>)

A história do IPEC tem início com a construção do então Hospital de Manguinhos. Projeto de Oswaldo Cruz, o hospital estaria vinculado ao Instituto Soroterápico de Manguinhos, do qual ele era o diretor, e teria como finalidade facilitar a observação clínica da história natural das doenças epidêmicas e endêmicas que vinham sendo pesquisadas em campo. Desde o início o médico, que acumulava também o cargo de Diretor de Saúde Pública do Brasil, encontrou dificuldades para obter recursos para a sua construção. Apenas em 1918, um dos sete pavilhões previstos originalmente se tornou realidade, após a sua morte em 1917, quando Carlos Chagas já era o diretor do Instituto de Manguinhos. O hospital recebeu o nome de Hospital Oswaldo Cruz e só iniciou suas atividades em 1919. Em 1942 passou a se chamar Hospital Evandro Chagas. Falecido em 1940, aos 35 anos, Evandro Chagas realizara um importante trabalho no Hospital, com destaque para a criação do SEGE – Serviço de Estudo das Grandes Endemias. Somente em 1999 o atual IPEC se tornou um Instituto da Fiocruz, o Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas, conservando o mesmo prédio do hospital idealizado por Oswaldo Cruz e a mesma missão a que sempre se propôs: desenvolver a pesquisa sobre doenças infecciosas associada à assistência e ao ensino. (Guimarães, 2009)

Segundo informações do site do IPEC, a instituição se constituiu como Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/Fiocruz em 2002 com a missão de “estudar as doenças infecciosas através de projetos de pesquisa e ensino interprofissionais, integrados a programas de atendimento, voltados para a recuperação, promoção e proteção da saúde e prevenção de

agravos.” (site: www.ipec.fiocruz.br) Recentemente o instituto recebeu a denominação de Instituto Nacional de Infectologia (INI/IPEC) e integra junto com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) o projeto do Complexo dos Institutos Nacionais (CIN).¹ (<http://www.ini.fiocruz.br/>)

O IPEC é uma instituição reconhecida nacional e internacionalmente cuja missão é “desenvolver pesquisa em doenças infecciosas, de caráter multidisciplinar, com base na atenção ao paciente e seu contexto de adoecimento, voltada para a recuperação e reabilitação do doente, a prevenção da doença e a promoção da saúde.” (Artmann, Andrade e Rivera, 2011)

Em pesquisa realizada no Laboratório de Leishmaniose do IPEC, ressaltou-se o grande investimento em recursos humanos, a boa colaboração entre os setores do instituto e a alta motivação da equipe. O instituto possui ainda parcerias externas com fins pedagógicos, assistenciais e de fornecimento de insumos, além de realizar consultoria e apoio para outros estados. A maioria das instituições que atuam no mesmo segmento localiza-se em outros estados. (Artmann et al., 2011)

¹ O CIN é um projeto da Fiocruz que integrará os dois institutos na mesma estrutura física em um novo endereço e está prevista para 2018.

O IPEC possui 18 laboratórios. Apresentamos abaixo o organograma do instituto, de forma que se possa visualizar a estrutura complexa que o conforma, com todos os seus laboratórios e departamentos.

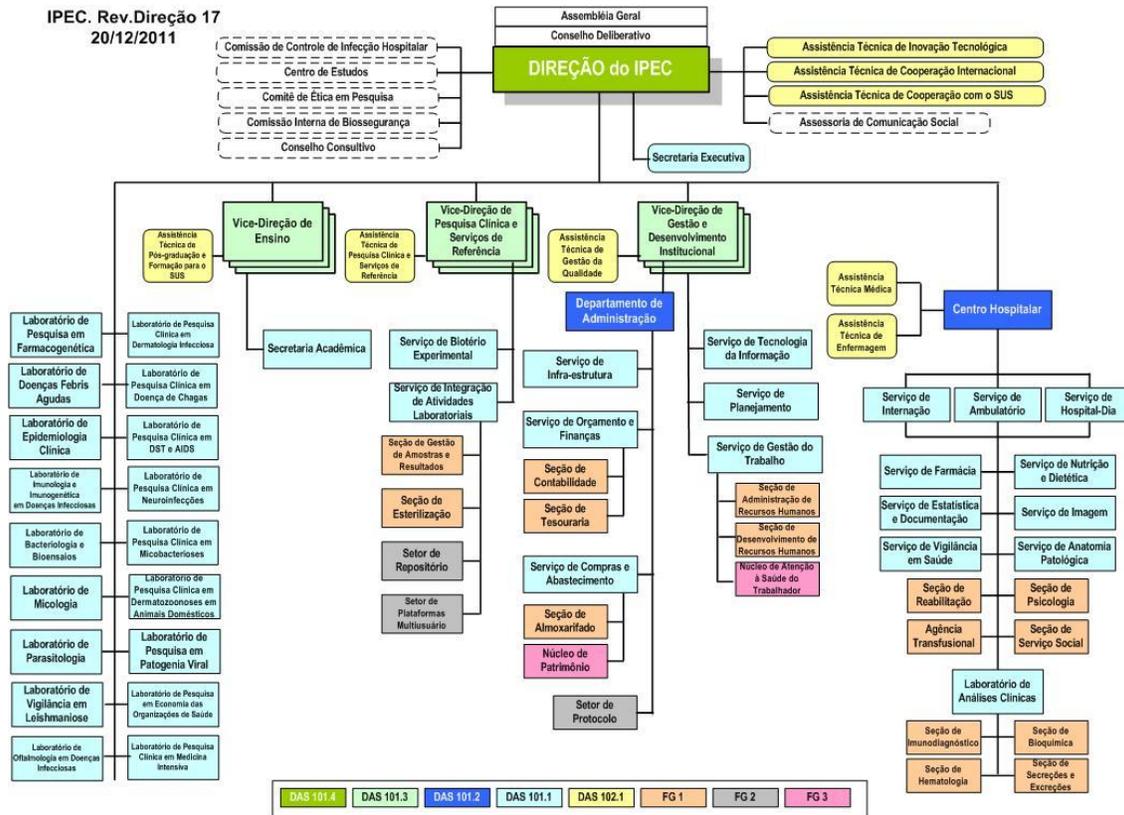


Figura 1. Organograma do IPEC – retirado de site: www.ipec.fiocruz.br

As atividades realizadas pelo instituto são voltadas para atender às necessidades do SUS, tanto na área de assistência como na formação de recursos humanos. O IPEC possui um Comitê de Humanização² instituído em 2009, composto por oito profissionais de diferentes áreas de atuação (Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Serviço Social), que visa fortalecer e fomentar ações de humanização no instituto. No entanto, a atuação do Comitê não foi alvo desta pesquisa, pois visou-se compreender como as práticas de humanização são entendidas e vivenciadas no cotidiano dos profissionais e usuários, como interferem no trabalho que realizam e na formação de redes, independente de ações específicas.

² Para maiores informações sobre o Comitê de Humanização do IPEC acessar www.ipec.fiocruz.br

Este projeto foi realizado nos laboratórios de Micologia e de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa do IPEC. No primeiro, a equipe é composta por dezesseis profissionais de diferentes formações: médicos, biólogos, microbiologistas, um veterinário e um administrativo. Destes dez foram entrevistados para esta pesquisa.

O laboratório de Micologia trabalha pouco com assistência direta aos pacientes. Possui apenas uma médica atendendo no ambulatório, que recebe casos mais complexos de infecções por fungo, como complicações pós transplantes. A maior parte de seus profissionais trabalham no laboratório propriamente, no processamento de exames diagnósticos para pacientes do IPEC e de serviços externos, inclusive de outros estados brasileiros. Existe ainda um setor Ambiental e uma Coleção de Fungos Patogênicos, diferenciais da instituição, que colaboram para o conhecimento da origem ambiental dos fungos e para a realização de pesquisas através da conservação e empréstimo de cepas.

Possui uma relação estreita com o laboratório de Dermatologia Infecciosa, pois realizam exames diagnósticos importantes para esta clínica. Possuem também uma forte parceria em pesquisa, onde cada um entra com a sua expertise, laboratorial e clínica respectivamente. Um exemplo desta parceria são os estudos sobre a Esporotricose, micose sistêmica que tem início na pele, geralmente através de arranhão de gato, e que teve um surpreendente aumento na incidência no Estado do Rio de Janeiro a partir de 1998. Esta é hoje a patologia com o maior volume de atendimento da Dermatologia do IPEC e possui uma linha de pesquisa compartilhada pelos dois laboratórios.

O laboratório de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa trabalha majoritariamente com a clínica, sendo sua produção de pesquisa baseada nesta prática. Conta com seis profissionais, todos dermatologistas, quatro são pesquisadores e dois são bolsistas. Este laboratório recebe estudantes de diversos cursos de residência em infectologia, que participam da rotina de atendimentos.

A maior parte dos profissionais que trabalham nestes laboratórios do IPEC tem regime

de dedicação exclusiva e vínculo de trabalho estatutário, o que pode contribuir para um melhor serviço. No caso dos profissionais entrevistados nos laboratórios, dezesseis são servidores públicos, com regime de dedicação exclusiva, e apenas dois trabalham com bolsa para atender no ambulatório devido a um aumento nos casos de Esporotricose no estado do Rio de Janeiro, que impactou na demanda assistencial da dermatologia no instituto.

Perfil dos pacientes

A maioria dos pacientes destes laboratórios vão ao IPEC com questões dermatológicas ou micológicas específicas para resolver, são tratadas por um determinado tempo e depois recebem alta. Portanto, em geral, não são pacientes com histórico longo de atendimento no Instituto como ocorre em outros laboratórios, como o de AIDS.

1) Pacientes do Laboratório de Dermatologia Infeciosa

A maior parte dos pacientes atendidos atualmente têm Esporotricose, seguido de Paracoccidioidomicose, ambas micoses sistêmicas. Estes em geral são pacientes exclusivos da Dermatologia, mas o laboratório atende também aos pacientes de outros laboratórios, principalmente dos de AIDS e de Doença de Chagas, que tenham outras patologias dermatológicas. São atendidos ainda casos mais complexos de lesões de pele, com diagnóstico mais difícil, por exemplo.

2) Pacientes do Laboratório de Micologia

O ambulatório de micologia atende principalmente pacientes com doenças pulmonares causadas por fungos, encaminhadas de hospitais, geralmente em pós-operatório ou pós-transplante.

Neste trabalho compreendemos o IPEC como ponto de uma rede, um ponto de atenção à saúde especializado, a partir do qual se tecem conexões e interações. O instituto tem uma estrutura muito superior à maioria dos serviços da rede SUS, mas não é autossuficiente e encontra também dificuldades nesta relação. Tendo em vista o conceito de rede adotado neste

estudo (Fleury e Ouverney, 2007; Lima, 2008; Lima e Rivera, 2009, 2010; Brasil, 2008), qualquer espaço de atenção à saúde que reúna profissionais e usuários em interação comunicativa forma redes de conversação, mais ou menos efetivas, mas de qualquer forma fundamentais para o cumprimento de sua finalidade.

4. Metodologia

Esta dissertação de mestrado se insere no projeto de pesquisa “Humanização nos serviços de saúde: gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”, cujo objetivo geral é “analisar a gestão dos processos de trabalho no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas visando o desenvolvimento de práticas humanizadoras que potencializem o cumprimento de sua missão, a partir de enfoques de gestão inovadores.” O projeto teve início em 2007 nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS, e teve prosseguimento em 2013 e 2014 nos laboratórios de Micologia e de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa.

Afim de compreender como se dá a incorporação da humanização e a relação com a rede em saúde no cotidiano dos serviços de uma instituição complexa que envolve pesquisa e assistência, analisando a apropriação das propostas de humanização pelos profissionais do laboratório de Micologia e de Dermatologia do IPEC; identificando a contribuição do trabalho interdisciplinar (em equipe) para a integração do serviço na rede de serviços e de pesquisa; e situando os laboratórios de Micologia e de Dermatologia Clínica do IPEC na rede de serviços e pesquisa a partir da identificação dos principais fluxos de referência e contra-referência destes serviços; utilizamos a estratégia metodológica descrita a seguir.

A estratégia metodológica foi composta pelas seguintes etapas:

- Revisão bibliográfica: consulta da documentação relativa à PNH, livros e artigos científicos, que contemplam os seguintes temas: política nacional de humanização, *démarche stratégique*, humanização, cultura organizacional, redes, organizações profissionais, ação comunicativa, interdisciplinaridade, qualidade do cuidado.
- Estudo de caso dos Laboratórios de Micologia e de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa do IPEC, a partir da participação na aplicação do enfoque *Démarche Stratégique* nestes laboratórios e de entrevistas com os profissionais.

- Realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais e usuários destes laboratórios, conforme questionários em anexo. (Anexos II, III e IV)
- Análise das entrevistas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre e Lefèvre, 2000).

4.1. Entrada em campo

Foram realizadas reuniões com a direção e com representantes dos laboratórios. Em uma reunião ampla, para a qual foram chamados todos os profissionais dos laboratórios de Micologia, de Dermatologia e a direção do IPEC, foi feita uma apresentação deste projeto de pesquisa, chamando-os a participar das entrevistas e colaborar com a pesquisa. O tema da reunião era o início da aplicação da *Démarche Stratégique* nestes laboratórios, dentro do projeto de pesquisa “Humanização nos serviços de saúde: gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”. Minha apresentação foi sucinta e abordou pontos como o objetivo principal e alguns pressupostos do trabalho.

Após esta reunião, as entrevistas foram marcadas diretamente com cada profissional. Em relação aos usuários, houve uma conversa com um profissional e com a chefe do ambulatório, que apontaram os melhores horários e locais para a realização das entrevistas. Os usuários foram abordados na sala de espera do ambulatório e convidados a responder às questões da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e assinado antes do início das entrevistas.

4.2. Entrevistados

As entrevistas foram realizadas de 5 de setembro à 7 de outubro, conforme disponibilidade dos profissionais e horários de atendimento destes no ambulatório.

1) Profissionais e gestores:

Foram chamados a participar das entrevistas todos os profissionais de nível superior na área da saúde e afins dos laboratórios pesquisados, que possuem vínculo de trabalho com o IPEC, inclusive os que ocupam cargos de gestão. Nota-se que não foram entrevistados gestores dos quadros mais altos do instituto, apenas os coordenadores dos laboratórios e do ambulatório, que acumulam a função de gestão com o processo operacional de prestação de serviço realizado diariamente nos laboratórios.

Participaram das entrevistas todos os profissionais do laboratório de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa, num total de seis. São todos médicos dermatologistas e realizam atendimento ambulatorial aos usuários do IPEC; quatro são servidores públicos e dois são bolsistas, contratados especificamente para atender à demanda extra relativa aos atendimentos de Esporotricose.

No laboratório de Micologia foram entrevistados dez profissionais. Destes apenas um presta assistência direta aos usuários no ambulatório, os outros trabalham nos setores de Imunodiagnóstico, Diagnóstico micológico, Ambiental e na Coleção de Fungos Patogênicos.

Os dois laboratórios recebem estudantes, que participam de suas atividades, mas estes não foram entrevistados.

2) Profissionais de apoio:

Após a realização destas entrevistas verificou-se a necessidade de entrevistar alguns profissionais, que não estão ligados exclusivamente a estes laboratórios, mas que participam do funcionamento geral do ambulatório e dão suporte aos laboratórios. Estes profissionais foram indicados pela chefia do ambulatório de acordo com sua relação com as atividades dos laboratórios em questão. Neste grupo foram entrevistados: cinco enfermeiros, dois assistentes sociais e dois psicólogos, que estão sendo chamados nesta dissertação de profissionais de apoio.

3) Usuários:

Foram entrevistados quarenta e quatro usuários dos laboratórios pesquisados, abordados

aleatoriamente na sala de espera do ambulatório, em dias e turnos variados, de modo a abranger os horários de atendimento de todos os profissionais.

4.3. *Démarche Stratégique* – Oficinas de trabalho

O enfoque *Démarche Stratégique*, de Cremadez e Grateau, (Rivera, 1997; Andrade e Artmann, 2009), foi aplicado no laboratório de Micologia e de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa a partir de reuniões e oficinas de trabalho, dos quais participei nos meses de setembro e outubro de 2013.

Participei das Oficinas de trabalho da *Démarche Stratégique* nos laboratórios de Micologia e de Pesquisa Clínica em Dermatologia Infecciosa do IPEC, realizando anotação das informações relevantes em diário de campo. Houve uma primeira reunião para apresentação deste trabalho, em que participaram os trabalhadores dos dois laboratórios. Os encontros subsequentes foram realizados com cada laboratório em separado por entendermos que, embora exista uma parceria importante entre eles, os dois possuem características muito diversas, além da dificuldade que tínhamos para conciliar as agendas dos profissionais.

A *Démarche Stratégique* é um método de gestão estratégica participativa, composto por seis etapas (Rivera, 1997; Andrade e Artmann, 2009), descritas abaixo, de acordo com o cronograma das oficinas de trabalho previstas:

Oficinas 1 e 2: análise do existente, com levantamento das atividades de ensino, pesquisa e assistência dos laboratórios. A análise do existente corresponde ao diagnóstico clínico e administrativo do serviço, incluindo a lista de parceiros e concorrentes e o desenho da rede de cuidados na qual ele se insere. O diagnóstico clínico inclui as patologias atendidas por especialidade, as tecnologias utilizadas e a relação das modalidades de atenção. O administrativo refere-se à estrutura física, recursos humanos, perfil da demanda entre outros. (Anexo V)

Oficinas 3 e 4: Segmentação: definição das principais atividades que compartilham as

mesmas questões estratégicas. A segmentação, ou definição das principais atividades que compartilham as mesmas questões estratégicas, consiste em definir os principais grupos homogêneos de atividades, conforme as categorias patologia, tecnologia, modos de atenção e população; visando uma análise abrangente que seja representativa da instituição.

Oficinas 4, 5 e 6: Análise do valor e da posição estratégica dos segmentos selecionados, considerando atividades ligadas à humanização da atenção. A análise do valor e da posição estratégica dos segmentos selecionados, diz respeito à prioridade dos segmentos em relação à especialidade, em função do interesse em lhes alocar recursos. São utilizados múltiplos critérios, cujo peso varia de acordo com sua importância relativa para cada segmento, numa distribuição de 100 pontos. Segue-se a análise e hierarquização dos segmentos, pela atribuição de notas de 0 a 20, conforme a posição atual e perspectivas mercadológicas do segmento. Para se chegar ao valor final do segmento, multiplica-se os pesos pelas notas obtidas. (Anexo V)

Oficina 7: Construção do porta-fólio de atividades: gráfico que permite visualizar a posição competitiva e o volume de produção de cada segmento. A construção do porta-fólio de atividades tem a finalidade de mostrar o desempenho da instituição em seus diferentes segmentos e permite definir prioridades, que serão operacionalizadas pelo plano de ação.

A análise da posição competitiva refere-se ao grau de controle do hospital sobre os fatores-chave de sucesso (FCS), que são as condições que garantem o êxito do desenvolvimento de determinada atividade, possibilitando ao serviço atender as suas demandas com qualidade adequada.

Oficinas 8 e 9: discussão do plano de ação. O plano de ação é definido a partir das necessidades apontadas pelas etapas anteriores, de reduzir, manter ou aumentar um segmento. Rivera (1997) acrescenta a possibilidade de criação de novos segmentos, no caso de países em desenvolvimento onde há escassez de oferta. Nesta etapa, é importante priorizar o controle dos fatores-chave de sucesso, que poderão subsidiar uma melhora no posicionamento competitivo de cada segmento e do hospital como um todo.

Oficina 10: Apresentação para os participantes das oficinas e direção da instituição.

As Oficinas foram espaços de aproximação e observação do campo. Os dados das discussões foram utilizados na análise de forma complementar. A pesquisa não teve a intenção de avaliar a aplicação da metodologia *Démarche Stratégique*, pois as entrevistas ocorreram simultaneamente às Oficinas. Além disso, sua aplicação é trabalhosa e demanda tempo e conciliação das agendas dos diversos profissionais, tendo avançado apenas até a análise do valor e da posição competitiva dos segmentos selecionados até a conclusão deste mestrado. Este é um processo que ainda está em andamento, no entanto as discussões das quais participei foram extremamente importantes para compreensão do contexto pesquisado, incluindo a missão dos laboratórios, suas prioridades, a relação entre eles e outras questões pertinentes a este estudo.

4.4. Metodologia de análise: o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

As entrevistas foram analisadas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (Lefèvre e Lefèvre, 2006, 2010), que se baseia na Teoria das Representações Sociais. Segundo os autores a técnica do DSC descreve em forma de discurso as ideias que compõem as representações sociais acerca de um tema, revelando não apenas seus conteúdos mas também as diferentes formas como elas se apresentam e suas justificativas.

Os problemas de pesquisa aos quais esta metodologia busca responder são aqueles “cujo conhecimento, solução ou equacionamento passam necessariamente pelos sentidos a eles atribuídos pelos atores sociais envolvidos.” (Lefèvre e Lefèvre, 2010, p.37) Estes geram depoimentos individuais e opiniões compartilhadas. O DSC tem um aspecto quantitativo, pois é constituído pelo discurso de um determinado número de sujeitos, e um qualitativo, pois recupera conteúdos diversos de cada discurso.

A partir de discursos individuais constitui-se um discurso coletivo formado por expressões-chave semelhantes, que aparecem nas falas de indivíduos distintos. O Discurso do

Sujeito Coletivo (DSC) é formado pelas seguintes figuras metodológicas:

1) Expressões-chave (ECH): são pedaços ou trechos do discurso que revelam a essência do conteúdo do depoimento. Servem para depurar o discurso, eliminando o que é irrelevante e secundário, mantendo o conteúdo significativo de forma literal, como respondido pelo entrevistado.

2) Ideias Centrais (IC): ideia que revela de forma sintética e precisa o sentido das ECH, o que se quis dizer com cada expressão-chave.

3) Ancoragem (AC): expressão de uma dada teoria ou ideologia embutida no discurso a partir de uma afirmação . A AC é identificada pelo uso de uma afirmação genérica para uma situação particular.

4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Constrói-se um discurso-síntese (DSC) com as expressões-chave (ECH) das ideias centrais (IC) que se enquadram na mesma categoria. Da mesma forma, deve-se construir um discurso para cada ancoragem (AC) identificada. Os DSC representam as opiniões coletivas sobre o tema da pesquisa. Os discursos construídos devem responder a cada pergunta do questionário utilizado na entrevista

5. Resultados e Discussão

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise das entrevistas com profissionais e usuários dos laboratórios de Micologia e Dermatologia Clínica do IPEC e com os profissionais de apoio do ambulatório. Para esta análise foram selecionadas as seguintes questões dos questionários utilizados com os profissionais (Anexos II e III):

O que o senhor(a) entende por humanização?,

O senhor(a) identifica práticas de humanização no laboratório de micologia/dermatologia do IPEC?;

O senhor(a) considera que o IPEC presta um bom atendimento ao usuário? Por quê?;

Quais as dificuldades que o senhor(a) encontra no seu processo de trabalho;

São feitos encaminhamentos para outros setores ou serviços? Como isso é feito? e

Existem espaços de participação/ troca/comunicação no Instituto? Quais? Há reuniões de equipe?

Do roteiro de entrevista para os usuários (Anexo IV) foram analisadas as questões:

Para o senhor(a) o que é ser bem atendido?;

Como avaliaria o atendimento no IPEC? Por quê? e

O senhor já foi encaminhado para outros setores ou outros serviços por profissionais do IPEC? Quais? Como foi feito o encaminhamento? O senhor foi bem recebido?

Esta seleção se deve à riqueza de discursos gerados por estas questões, que fizeram emergir um volume substancial de representações sociais ligadas ao tema pesquisado, e ainda pelo levantamento de questões e problemas importantes suscitados por elas. As demais questões contribuíram para deixar os entrevistados mais a vontade, iniciar a discussão sobre o tema, bem como para conhecermos o contexto institucional e gerar dados sobre o trabalho realizado no IPEC e o atendimento tanto no instituto quanto na rede de serviços externa. Entretanto, por apresentarem respostas mais objetivas, não foram trazidas para discussão.

A análise foi realizada em dois blocos: o dos profissionais e gestores, que reuniu profissionais de saúde e áreas afins dos dois laboratórios e da equipe de apoio do ambulatório; e o dos usuários, composto pelos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia clínica e de micologia.

Os gestores entrevistados foram os coordenadores atuais dos laboratórios e do ambulatório. Eles foram incorporados ao grupo dos profissionais pois não apresentaram um discurso diferenciado dos demais profissionais, sendo que estes também apresentaram falas relacionadas à gestão. Tendo em vista que a função de coordenação se reveza nos laboratórios, as falas relacionadas à gestão se diluíram entre os diferentes profissionais, indicando a existência de uma co-gestão ou gestão compartilhada nos laboratórios, onde os pares se apoiam na tomada de decisão. Outro fator que pode ter contribuído para este modo de funcionamento é o grau de especialização dos profissionais, o que legitima sua participação no processo de gestão da assistência e do cuidado no âmbito da saúde e particularmente de um instituto de pesquisa.

Adiante apresentamos os resultados da análise das entrevistas e a discussão deste conteúdo, com as ancoragens detectadas tanto na literatura quanto no discurso social, e os dados obtidos através dos relatos dos entrevistados e das oficinas da *Démarche Stratégique*.

Análise e discussão dos discursos e falas dos Profissionais

Quadro 1: Discursos relacionados à questão *O que o senhor(a) entende por humanização?*

Ideias Centrais	DSC
<p>A. Humanização é a relação entre os atores da saúde, a interação entre os profissionais.</p>	<p>A.1: <i>É a correlação com os outros agentes de saúde, é tudo um trabalho em rede, é o médico ouvir a enfermagem, ou o médico ouvir o auxiliar de enfermagem, ou o atendente que, às vezes, fazem observações apropriadas e justas para acrescentar no bom atendimento do paciente. Então, acho que esse atendimento humanizado seria a interação desses profissionais todos, de todos os atores que tão envolvidos, incluindo o cliente que está lá na ponta. Eu acho que isso é um processo legal, a gente ter uma</i></p>

	<i>resposta que a gente possa passar pro outro profissional que seria o clinico, que às vezes muita tomada de decisão ele precisa também desse suporte material.</i>
B. Humanização é realizar um trabalho em rede, para não deixar o paciente sem assistência.	<i>B.1: É a gente tentar prestar o melhor trabalho para o paciente, no caso a gente que é do hospital. Tentar ajudar eles da melhor forma, até se a gente não atende tentar orientar melhor, para o paciente não ficar batendo em vários lugares. Em primeiro lugar é você se colocar no lugar do paciente, mesmo que você não tenha para oferecer aquilo que ele veio procurar, contra-referenciar, tentar da melhor maneira possível encaminhar esse paciente para um local onde ele possa ser absorvido, para não deixar ele perdido. Geralmente nós do serviço social vemos todas essas questões do tratamento e também fora do tratamento, como está essa rede de serviço dele.</i>
C. Humanização é o funcionário ter boas condições para realizar o seu trabalho, com liberdade e outras coisas que facilitem o bem estar no serviço.	<i>C.1: O que eu penso em termos de humanização, um trabalho onde o funcionário tenha qualidade de trabalho, ele seja respeitado. Ele tenha condições de realizar o trabalho dele. Além disso você ter liberdade. Eu acho que no fundo a humanização em relação ao trabalho seria isso, você ter todas as condições: qualidade de trabalho que é fundamental, respeito, capacidade de criação individual, não ser influenciado pela chefia, o profissional realmente trabalhar por ele e ser feliz. Então, como a própria palavra diz, alguma coisa relacionada ao convívio, ao prazer em fazer o que gosta, coisas boas, humanização, coisa que facilite o seu bem estar dentro do serviço.</i>
D. Humanização é ter disponibilidade para ouvir o paciente.	<i>D.1: Uma das grandes tragédias, e isso não é só no Brasil não, é no mundo todo, que se observa nessa atenção ao paciente é a falta de tempo disponível para as pessoas, para ouvir o que o paciente tem a dizer. Então eu entendo que é pra dar um atendimento de qualidade ao paciente e não só pelos recursos técnicos, também escutando o que o paciente tem a dizer, examinando, dando oportunidade de um retorno aberto a qualquer momento que ele tenha algum problema. Então é como se fosse um movimento, um jeito de você atender de uma forma diferenciada, eu acho que é você saber ouvir, poder escutar o paciente, conhecer pelo nome, conhecer pelo vinculo, pela</i>

	<i>família, tratar com respeito porque normalmente elas já estão numa situação difícil, já estão doentes, fragilizadas. Precisa de algo mais, uma certa sensibilização do profissional para lidar com essas pessoas, saber ouvir, porque às vezes eles se abrem com você.</i>
E. Humanização é ter o ser humano como centro da atenção.	<i>E.1: Olha, eu penso que independente da atividade que a gente esteja falando, que você tenha o ser humano como centro ali da atenção. Imagino que seja alguma coisa assim, que você não pense só naquilo que você está fazendo como uma coisa isolada, estancada, e mecânica. Que aquilo vai ter algum reflexo em alguém e que, no caso, esse alguém seria a coisa voltada para o centro, que seria o homem, o ser humano.</i>
F. Humanização é tratar o paciente como um ser humano que precisa de ajuda, não como um cliente.	<i>F.1: Humanização é realizar um serviço pensando mais na pessoa, no ser humano. Por exemplo: no hospital os pacientes tem que ser tratados como um ser humano que precisa de ajuda, não como um cliente, como gente, não como número. É meio redundante, tornar mais humana mesmo essa relação médico-paciente não somente em uma relação de prescritor, tratamento assim. Então é a gente tentar acolher as pessoas da melhor forma, tratar os pacientes como ser humano, ter carinho, ter paciência e saber abordar.</i>
G. Humanização é cuidar, dar atenção e a informação de que o paciente necessita.	<i>G.1: Eu acho que está relacionado com a maneira com que você lida com o público de uma forma geral, um melhor atendimento para o público. Atendendo a necessidade dele, respondendo as expectativas dentro da possibilidade do serviço da melhor forma possível, ver o ser humano que está necessitando, que está carente de uma atenção na questão da saúde. A primeira abordagem, o primeiro olhar frente a um paciente, ele está sedento de alguém que ouça o que ele tem e o que ele está ansiando por obter de informação ou de atenção e, geralmente, ele tem algum problema que ele gostaria que alguém cuidasse dele.</i>
H. Humanização é ter preocupação com o outro, evitar a dor.	<i>H.1: Humanização é preocupação com o outro, com o bem estar do próximo. E a gente que trabalha na área de saúde isto fica mais evidente ainda, porque você está lidando com o paciente. Então, você precisa saber chegar no paciente; ter a preocupação de saber se ele está sentindo dor ou não, porque, no nosso caso, fazemos coleta também, então, a gente raspa a lesão do paciente e isto gera certo desconforto. Então, tem que saber lidar com eles.</i>

<p>I. Humanização é dar ao paciente o tratamento que você gostaria de receber.</p>	<p>I.1: <i>Bom, eu acho que humanização é você tratar o seu semelhante como a si próprio, dar um tratamento para os outros como você gostaria de receber. Vai por educação, a forma como você vê e tenta ajudar. Realmente dar um atendimento que a gente daria pros nossos familiares, com toda atenção possível. Atender todo mundo bem, tratar todo mundo igual. Hoje é uma pessoa que está precisando e amanhã pode ser eu. É você se ver na pele do paciente, quer dizer, uma pessoa te traz uma queixa e você ter a capacidade de se colocar naquela pessoa com aquele problema, entender o contexto daquele problema, como você responderia daquela forma. A gente sempre procura fazer isso, tratar bem e ser bem tratado.</i></p>
<p>J. Humanização é despir-se de preconceitos para atender com qualidade.</p>	<p>J.1: <i>Então, acho que humanização é isso: você se despir de todos os preconceitos para tentar a melhora da qualidade do tratamento do outro.</i></p>
<p>K. Humanizar é ajudar ensinando a pescar e não dando o peixe, sem paternalizar.</p>	<p>K.1: <i>É uma forma de ajudar, mas ninguém ajuda ninguém fazendo por ele o que ele mesmo poderia fazer; então a gente tem que ajudar ensinando de uma forma que a pessoa aprenda a pescar, não ficar só dando o peixe. Percebo alguns profissionais confundindo a humanização com paternalizar o paciente, tirando dele toda a responsabilidade, infantilizando mesmo, e isso para mim não é humanização.</i></p>
<p>L. Humanização é ver o paciente como um todo, além da sua doença.</p>	<p>L.1: <i>Entender o paciente como um todo, que ele não é só uma doença, ele tem seus problemas e a gente tem que entender isso tudo, ver o sujeito como um todo, se sensibilizar com seu sofrimento, mas ao mesmo tempo não paternalizar. O que programa propõe justamente que você possa dar um atendimento de qualidade ao paciente em todas as suas vertentes, focar mais na saúde do que na doença. O que eu vejo é que é uma prática tradicional se focar a doença, cuidar daquela questão e todas as outras questões serem deixadas de lado. Então, humanização é quando o paciente chega aqui e nós tentamos perceber o todo do paciente, não só ver ele como paciente.</i></p>
<p>M. Humanização é adaptar o tratamento ao contexto do paciente.</p>	<p>M.1: <i>A gente sabe que relacionado ao HIV é uma questão muito difícil, porque são muitos remédios, eles tem muitos problemas com infecções, às vezes eles possuem uma vida social complicada,</i></p>

	<i>então a gente sempre tenta adaptar da melhor forma para que eles gostem de vir aqui, que não seja só uma obrigação pra eles ficarem bem da doença. Claro que a gente não consegue com todo mundo, porque às vezes é difícil o acesso até eles, muitos moram na rua, então a gente não consegue esse acesso integral a todo mundo.</i>
N. Humanização é ter vínculo com o paciente.	<i>N.1: É ter um vínculo com esse paciente, acho que é atender de uma forma diferente, mais humanizada mesmo. Uma palavra que define o trabalho do ambulatório de adesão³ é humanização, porque tem a escuta individualizada do paciente. A gente sempre tenta buscar a escuta do paciente para poder dar o melhor tratamento para o paciente. Eles têm privacidade, tem um vínculo muito grande com a gente, porque eles ligam de casa, nós ligamos pra eles. Então tem essas duas partes, não só eles buscando o tratamento, como a gente buscando, quando eles faltam a gente se preocupa. Não é só o paciente chegar e aquela robótica da gente explicar o que é o medicamento e acabou, nos preocupamos realmente com o paciente, desde a hora que ele chega até quando não vem à gente nunca desiste dele.</i>
O. Humanização é um olhar mais humanizado que perpassa a instituição como um todo, incluindo o bem-estar tanto do paciente quanto do profissional.	<i>O.1: Humanização é um termo que é mais para você facilitar aquele atendimento, dando um atendimento igual para todos, melhoria da qualidade de vida tanto do paciente quanto do funcionário, pois confundem humanização apenas com o bem estar do paciente. Acho que hoje não é o bem-estar só do paciente, mas também do profissional, englobando a instituição como um todo, que o atendimento seja de qualidade e proveitoso para todos os lados. Mas existe na verdade um programa do governo que busca sensibilizar de alguma forma a própria instituição a olhar não só os pacientes, mas também os profissionais com esse olhar mais humanizado, a importância de ter esse trabalho perpassando toda a instituição.</i>
P. Ter um olhar multidisciplinar e estar	<i>P.1: O que eu entendo de humanização é você tratar o paciente pelo nome, ouvir caso a caso, aqui tem uma multidisciplinaridade</i>

³ O ambulatório de adesão é desenvolvido por duas enfermeiras que entram em contato com os pacientes que faltam às consultas e realizam atendimentos específicos à pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento, através de estratégias diversas. A necessidade destes atendimentos é detectada pelas próprias enfermeiras ou pelos médicos responsáveis, que solicitam este trabalho.

<p>atento à rede de apoio.</p>	<p><i>do atendimento, todo paciente é orientado a passar pelo serviço social independente de ele precisar ou não para ele conhecer os direitos, deveres e tirar dúvidas quanto ao tratamento e a instituição, acho que isso pra mim engloba o conceito de humanização. Como está o aspecto psicológico pra ver se ele está tendo um acompanhamento psicológico daqui, desses outros atendimentos das outras especialidades médicas, se a família está apoiando esse paciente em tratamento, como está a questão previdenciária dele, enfim, questões de moradia, saúde, como está essa família, de que é composta a família. Vemos o paciente não só como um paciente, a doença dele, porque ele faz parte de um todo.</i></p>
---------------------------------------	--

Nas falas dos profissionais apareceram dezesseis discursos sobre a humanização. A seguir abordaremos esses resultados ancorando-os no referencial teórico apresentado e no discurso social, para que possamos entender melhor o conteúdo desta variedade de discursos.

O discurso A.1 aborda bem a noção de rede de conversação, ressaltando o papel de todos os atores envolvidos no atendimento, profissionais e usuários, que interagem contribuindo para a tomada de decisão. Mostra ainda o caráter dinâmico desta rede, que através da escuta de diferentes sujeitos irá contribuir para o agenciamento do tratamento do usuário (Teixeira, 2003) e para a coordenação das ações (Lima e Rivera, 2010). Destaca a colaboração de diversos profissionais contribuindo para a tomada de decisão, ainda que a direção do tratamento seja clínica, pela especificidade dos agravos ali tratados.

Outro significado do termo humanização foi trazido pelo discurso B.1, que aborda uma outra concepção de rede, a que conecta os serviços de saúde através da relação de referência e contra-referência, no intuito de garantir ao paciente um atendimento, mesmo que o serviço não ofereça o que ele necessita. Neste sentido, a humanização busca assegurar a atenção integral ao usuário, pela utilização dos fluxos existentes pra realizar encaminhamentos que sejam resolutivos. (Brasil, 2008) No entanto, veremos mais adiante as dificuldades encontradas para esta prática no cotidiano dos profissionais e como esta rede também depende de redes de conversação para operar. Este sentido de humanização trazido pelos profissionais, mostra uma

compreensão ampliada do termo e do próprio trabalho, põe em relevo a ligação com outros serviços e a abertura ao ambiente externo, explicitando um dos princípios da humanização segundo a PNH, a transversalidade que supõe um sistema de saúde em rede.

O discurso C.1 traz a face da humanização voltada ao trabalhador: condições para realizar um trabalho de qualidade, respeito e liberdade. Esta é uma das linhas sobre as quais a PNH trabalha, dando dignidade ao trabalhador da saúde. O discurso dá destaque especial à liberdade, que está relacionada à autonomia do profissional, traço fortemente reconhecido socialmente. Como vimos, esta é uma característica essencial das organizações profissionais (Mintzberg, 2006) e podemos afirmar que, particularmente nos laboratórios pesquisados, onde os profissionais são altamente especializados, este traço se torna ainda mais contundente.

Contudo, vale destacar que a maior parte dos discursos construídos sobre humanização podem ser agrupados sob a temática da relação entre profissional de saúde e usuários. São discursos complementares, que possuem ideias centrais distintas, destacando aspectos singulares desta relação. A inclusão do usuário no tratamento através da escuta atenta, do esclarecimento e do respeito, a identificação entre profissional e usuário, tratando o outro como gostaria de ser tratado, a noção de vínculo e o profissional que preza pela qualidade do atendimento e sua adequação a cada caso, são algumas das ideias contidas nos discursos construídos a partir das falas dos profissionais. Como ocorre no Brasil (Deslandes, 2006; Benevides e Passos, 2005; Artmann e Rivera, 2006) as práticas de humanização foram majoritariamente associadas às tecnologias relacionais.

O discurso D.1 se refere à escuta do profissional, ressaltando a importância da disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer, dando a oportunidade dele participar do seu tratamento. Como vimos no Modelo do entendimento de Habermas, o processo comunicativo tem um fluxo recíproco e a escuta tem também um caráter ativo (Echeverria, 1997), posto que os sujeitos só estão aptos a participar de uma ação comunicativa porque compartilham pretensões de validade a cerca do Mundo da Vida. (Artmann e Rivera, 2011)

Outra forma de incluir o usuário é trazida pelo discurso E.1, que coloca o usuário como o centro da atenção, de forma que os procedimentos e condutas adotados não sejam vistos de

maneira isolada, mas estejam voltados e balizados pelo bem-estar do paciente, o que Merhy (2007) chamou de lógica usuário-centrada. É interessante notar que este discurso é formado também por expressões-chave das falas de profissionais que não tem um contato frequente com os usuários, mas que nem por isso eles deixam de colocá-los no centro da assistência, contextualizando o trabalho que realizam.

O discurso F.1 enfatiza que a relação médico-paciente deve ser mais humana, o paciente deve ser tratado como uma pessoa que precisa de ajuda não como um cliente. Há aí uma alusão a uma relação balizada apenas por questões técnicas, como se às vezes o paciente fosse tratado apenas como ‘consumidor’ de um serviço, e os profissionais apontam que um atendimento humanizado supõe mais do que isso, precisa de acolhimento. O discurso G.1 soma a estes significados a noção de cuidado, pois é a partir da escuta das necessidades e expectativas do paciente que o profissional poderá prover um atendimento mais qualificado. Para Ayres (2011) o cuidado como categoria reconstrutiva se dá nesta injunção da prática terapêutica, onde o médico põe o seu saber técnico a serviço da necessidade do paciente, reconhecendo sua alteridade.

O discurso H.1 fala da preocupação com o outro, buscar saber o que ele está sentindo e evitar que sinta dor. Fala na realidade de realizar um trabalho voltado ao outro, assim como o discurso seguinte (I.1), que utiliza a expressão “se colocar na pele do paciente”, ressaltando a identificação com o usuário e a empatia no momento do atendimento. A ideia central deste discurso é dar ao paciente o tratamento que você gostaria receber, de forma que todos recebam um bom atendimento, sejam tratados da mesma forma. Complementando a ideia anterior, o discurso J.1 diz que humanizar é despir-se de preconceitos para buscar uma melhor qualidade do atendimento. Este é um desafio que permanece apesar de uma das compreensões de humanização do SUS apresentadas pelo documento base da PNH ser a “defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de raça/cor, origem, gênero e orientação sexual.” (Brasil, 2008, p.18)

O discurso K.1 traz a ideia de respeitar a autonomia do paciente, o que faz parte dos princípios da PNH, segundo o documento base de 2008. (Brasil, 2008) Este discurso tem uma ancoragem na expressão popular ‘ensinar a pescar e não ficar apenas dando o peixe’, a qual faz

referência, mas também tem um embasamento teórico indicado também pelas palavras-chave utilizadas, como “paternalizar”, “infantilizar” ou “responsabilidade”. Neste sentido, podemos dizer que um atendimento humanizado deve gerar autonomia através do reconhecimento do outro, de sua responsabilidade e de seu saber sobre si. Winnicott (1975) explica o desenvolvimento emocional partindo dos períodos iniciais da vida, onde se está absolutamente dependente dos cuidados do outro. Quando o bebê busca o olhar materno durante a amamentação e a mãe retorna este olhar, se estabelece uma troca entre filho e mãe e o bebê sente que sua ação foi reconhecida. Este olhar instaura uma diferença entre mãe e filho, pois revela à criança sua capacidade de afetar os outros. Mesmo depois de alcançar a independência é preciso aceitar que ela não é absoluta, pois o sujeito está sempre se relacionando com os outros, por isso continua precisando do reconhecimento do outro para confirmar a sua existência. Paternalizar, infantilizar ou como se diz popularmente “dar o peixe”, seriam formas de alijar o paciente de participar de seu próprio tratamento, negando a existência desta alteridade. Honneth (apud Miranda, Rivera e Artmann, 2012) distingue três esferas de reconhecimento: o amor, que diz respeito às relações afetivas; a ordem social, que legitima sua liberdade e autonomia enquanto sujeito de direitos; e a solidariedade, que confere ao indivíduo a capacidade de convivência social com respeito a suas particularidades e às particularidades do outro. A interação entre os sujeitos, em que todos tem as mesmas condições de participação, pressupõe o reconhecimento e gera sujeitos mais autônomos, o que na saúde incentiva o cuidado de si.

A Clínica Ampliada (Campos, 2003) é abordada pelo discurso L.1, mesmo que esta denominação não apareça expressamente. A humanização é compreendida como enxergar o paciente como um todo, além de sua doença, como concebe a Clínica Ampliada, conjugando as regularidades do organismo e das entidades patológicas, às singularidades do sujeito e do contexto em que vive (Campos, 2003). Assim, como expresso no discurso citado, a Clínica Ampliada se opõe ou, como o próprio nome diz, expande a visão da clínica tradicional adicionando novos elementos à relação terapêutica. (Brasil, 2009; Artmann e Rivera, 2011)

O discurso M.1 se insere nesta lógica de ampliação da clínica, citando especialmente o contexto do paciente como balizador para a condução do tratamento. O contexto como abordado pelos profissionais traz uma perspectiva psicossocial e é exemplificado pelo caso de pacientes

HIV positivos, cuja doença tem impactos psíquicos e sociais importantes e também pela situação de carência material de muitos pacientes que procuram o serviço público. Este discurso ressalta ainda os percalços de se trabalhar desta forma, pois a situação precária de moradia dos pacientes dificulta o acesso à eles, mostrando os limites das ações de saúde. Esta situação indica a necessidade de se abordar as questões da saúde de forma intersetorial. Neste sentido, a ampliação do arcabouço de referências do profissional para lidar com as necessidades de saúde requer também reconhecer suas limitações individuais. (Brasil, 2008; Camargo Júnior, 2003; Teixeira, 2003)

O discurso P.1 refere-se à multidisciplinaridade e à atenção a rede de apoio do paciente como formas de prestar um atendimento humanizado, seguindo a mesma linha dos discursos anteriores (L.1 e M.1), que associam a humanização à integralidade da atenção. Segundo Mattos (2001; 2009) apesar da polissemia do termo integralidade, ele conserva sempre a recusa ao reducionismo. Uma abordagem integral da saúde requer uma visão abrangente do paciente e de suas necessidades, bem como das práticas de saúde, por exemplo, recorrendo a outras disciplinas e serviços. Sobre esta discussão, Camargo Jr. (2003) chama a atenção para o risco de se confundir integralidade com totalidade, o que pode levar a uma *medicalização integral* e perda de autonomia.

Campos (2003) trabalha também com a noção de vínculo expressa pelo discurso N.1. O vínculo na saúde é essencial para consolidar uma relação de referência do paciente com o profissional e contribui para a continuidade do tratamento. O discurso fala de uma postura do profissional que favorece a construção deste vínculo, a disponibilidade e o interesse dele em que o paciente venha se tratar. Artmann e Rivera (2011) apontam o vínculo como um dos dispositivos de consolidação da estratégia de humanização.

Finalmente, temos no discurso O.1 uma concepção bastante abrangente da humanização, ressaltando o aspecto cultural que perpassa toda a instituição, e diz respeito ao bem-estar tanto do usuário quanto do profissional. Esta definição alude à cultura institucional que opera de forma transversal, como se propõe a operar a PNH, com o fim de gerar um funcionamento em rede, conectando profissionais e usuários através de uma mentalidade humanizada e

consequentemente de práticas balizadas por valores comuns. Artmann e Rivera (2011) apoiados em Habermas, explicam que a cultura, como componente do mundo da vida, condiciona nossas perspectivas e ações a partir de suas configurações simbólicas e pressuposições baseadas na tradição histórica dos grupos. Os autores sustentam um modelo de evolução cultural comunicativo, que possibilita a emergência de novos discursos, entre eles o da humanização.

Contudo este discurso se diferencia por chamar a atenção sobre a necessidade de se considerar as condições de trabalho do trabalhador da saúde e, especialmente, no sentido de contemplar ambos os lados, o do profissional e o do usuário. O documento base da PNH (Brasil, 2008) coloca a desvalorização dos trabalhadores da saúde como problema que persiste no SUS e a promoção de melhorias nas condições de trabalho como um dos desafios desta política; e define humanização como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.” (p.8) Tendo em vista que o trabalhador e o usuário são os atores envolvidos no processo de saúde, ambos devem ser contemplados por ações que visem a melhoria da atenção. Como destacamos acima, grande parte dos discursos sobre humanização referem-se à relação entre esses atores, mostrando que a humanização ocorre de fato nesta interação e o que é voltado a um deles, necessariamente tem impactos sobre o outro. No caso dos usuários, a oferta de um atendimento de qualidade, aliando os recursos disponíveis às tecnologias relacionais, produz atendimentos humanizados. Entretanto, é preciso que o profissional tenha boas condições de trabalho para que, como sujeitos implicados tanto na atenção quanto na gestão do cuidado, pratiquem uma atenção de qualidade. (Benevides e Passos, 2006) É neste sentido que a mudança nas práticas tem sido discutida, pois ela só ocorre quando o processo de trabalho é também processo de produção de sujeitos saudáveis e, portanto, aptos a produzir saúde.

Quadro 2: Discursos relacionados à questão *O senhor(a) identifica práticas de humanização no laboratório de micologia/ dermatologia do IPEC?*

Profissionais	
Ideias Centrais	DSC
A. A necessidade do paciente é a prioridade, conversamos com ele e buscamos minimizar o seu desconforto.	<i>A.2: A gente identifica (práticas de humanização) porque é bastante comum a gente receber casos complicados, paciente que já foi em vários serviços, vários setores, não só no Rio de Janeiro, mas também fora, na periferia, no interior do estado, ou mesmo de outros estados, que já sofreu muito em procura de atenção, alguma solução para o problema dele e a gente representa a última esperança; então a gente trata com todo carinho possível. A gente é humano também, mas a prioridade número um é a necessidade do paciente, ela tem que ser atendida no laboratório, na frente de entrevista com o paciente e todo esforço é feito pra uma resposta ágil e boa dentro daquilo que ele procura, isso é o nosso dia-a-dia. A gente tenta dar toda assistência, minimizar o desconforto, conversar, atender o mais rápido possível, na questão do medo explicar para o paciente como é e que o material é esterilizado, não expor o paciente nada mais que o necessário no que diz respeito a sentir dor ou a qualquer tipo de infecção.</i>
B. Na pesquisa, a gente trabalha pra melhorar o diagnóstico para o paciente.	<i>B.2: Até mesmo a nossa área de pesquisa, a gente vem trabalhando muito com pesquisa, mas focando no diagnóstico, para melhorar o que hoje tem sido oferecido em questão de diagnóstico para o paciente. E isso vai ser finalizado como produto, para o paciente.</i>
C. Existe uma interação entre os profissionais, uma cooperação entre os membros da equipe, que facilita a integração.	<i>C.2: Nunca pensei nisso, mas creio que sim, pelo menos no meu setor é bem agradável o trabalho, é fácil de se trabalhar por conta da cooperação entre os membros da equipe e eu senti bastante facilidade de me integrar por conta disso. Dentro desse conceito de interação profissional, a gente tenta fazer, muitas vezes eu, por exemplo, identifico determinadas coisas que me deixam na dúvida numa sorologia eu vou procurar o médico e falo: "Esse paciente ele tem suspeita disso, disso e daquilo. Porque eu to detectando alguma coisa. A gente poderia solicitar esse paciente de novo? Coletar uma nova história dele ou de repente um novo material dele?" Esse buscar de coisa eu enxergo como humanizando.</i>
D. No IPEC se faz um trabalho compartilhado, há	<i>D.2: Eu acho que a gente procura fazer isso de uma forma bem interessante, procuramos dar o melhor que a gente tem. Não tem uma pessoa querendo brilhar sozinha, cada caso é compartilhado com todos, a</i>

<p>respeito pelo colega.</p>	<p><i>gente sempre procura pedir uma opinião em caso de dúvidas; as vezes você pede uma opinião e o colega esclarece uma coisa que você não estava vendo. Eu acho que compartilhar essa experiência é muito bom, não só na forma de ensinar como também o doente ter uma assistência cada vez melhor. O doente não pertence à gente, pertence à instituição, e a gente procura o melhor, sem aquela vaidade. Não existe o eu, existe nós. Eu acho que isso é muito importante, tanto que a gente tem vários trabalhos de equipe e a gente procura ter respeito cada um com os colegas, porque a gente respeitando passa a ser respeitado, isso é fundamental.</i></p>
<p>E. Existem atividades conjuntas e conversas informais, que podem ajudar o profissional, visto também como pessoa.</p>	<p><i>E.2: Atividades em conjunto, conversas menos formais, principalmente atividades não técnicas, porque a atividade técnica você individualiza a função. Essas práticas de maior conhecimento da pessoa poderiam melhorar um pouco a questão da humanização porque atrás do profissional tem uma pessoa, que tem suas dificuldades, seus filhos, toda problemática de vida, eu acho que isso ajuda bastante.</i></p>
<p>F. Procura-se a demanda do paciente.</p>	<p><i>F.2: As pessoas realmente, apesar do volume alto de pessoas que tem pra atender, escutam o paciente. Ele vem para cá com problemas, anseios, a gente tem que entender isso tudo. Primeiro a gente senta com a pessoa, tenta entender bem, inserir ele na nossa linha de pesquisa para tentar ajudar ele. Com a enfermagem e com o pessoal da administração, vejo que eles são bem atendidos e bem direcionados para a questão que eles querem, porque às vezes eles vêm com uma demanda, e por trás tem outras demandas mais complexas.</i></p>
<p>G. Há uma mentalidade de humanização no IPEC como um todo.</p>	<p><i>G.2: Eu não estou falando só do laboratório não, isso é uma coisa geral aqui no Instituto, no IPEC, na atividade hospitalar de assistência. Eles são muito preocupados em dar assistência ao paciente, em ouvir o paciente, sempre senti essa mentalidade no IPEC. Eu sempre observei que as pessoas são muito atenciosas com os pacientes, eles mesmos falam isso quanto ao atendimento, que tem atenção dos médicos, dos enfermeiros, em toda instância. Identifico práticas humanizadas no IPEC de uma forma geral, essa preocupação de fazer uma coisa mais humana, tanto no ambulatório quanto na internação, até por conta do diagnóstico, do tipo de tratamento que é feito aqui, são pessoas com mais idade, com HIV, e</i></p>

	<p><i>são muitos casos. Humanização está em tudo, isso aqui em si já é muito humano. Eu acho que as pessoas que trabalham aqui são escolhidas a dedo, todo mundo, desde a recepção, passando pelas técnicas, os médicos, os enfermeiros, sempre busca a questão da humanização do paciente. Todo mundo aqui pratica a humanização, sempre preocupado com o paciente.</i></p>
<p>H. Tratamos todos igualmente e não fazemos mais que nosso dever.</p>	<p><i>H.2: De uma forma geral, quando a pessoa vem de fora sabe como é o serviço lá fora, pensa que aqui é o céu, mas eu acho que somos somente educados, não fazemos mais que o nosso dever, não acho nada demais no tratamento. Eu procuro tratar todo mundo igual tendo ou não poder aquisitivo, sem distinção entre os nossos pacientes e os nossos funcionários, não passar na frente, não fazer um tratamento diferente para ninguém.</i></p>
<p>I. Há um atendimento diferenciado.</p>	<p><i>I.2: Eu acho que dos lugares que eu já trabalhei, ainda mais por ser um órgão público, é bem diferenciado o tratamento, tem muito carinho pelos pacientes, ainda mais pacientes que possuem o vírus do HIV, são muito bem acolhidos, pelo que eu vejo. A gente liga para saber se está tomando a medicação, se falta a gente liga para saber porque faltou a consulta, reagenda o paciente. Eu acho que eles são muito bem acolhidos sim, criança, o atendimento é diferenciado. Embora a gente tenha um volume grande de atendimento, eu acho que a gente sempre tá individualizando, cada pessoa é diferente, a gente se relaciona de forma diferente, com certeza.</i></p>
<p>J. Identifica práticas diferenciadas de humanização: horário marcado, o paciente pode trocar de médico, flexibilidade de horário para o profissional e outras.</p>	<p><i>J.2: Uma das práticas que identifiquei é a escolha do profissional que o paciente quer ser atendido, se você não se identificou, não teve afinidade, pode recorrer a uma nova marcação com um novo médico e isso gera um atendimento com o assistente social que avalia esse caso junto com a coordenação, e aí que vem a parte de você entender o atendimento daquela pessoa. Também o horário de atendimento, tem o privilégio de escolher o horário de chegada. Já na internação abrimos um leque maior para o horário de visitas para poder acompanhar o familiar, tem gente que vem visitar a noite porque trabalha o dia todo. Na nossa unidade temos também uma flexibilidade de horários do profissional, um agendamento eletrônico onde você agiliza seus atendimentos na parte profissional e isso gera um atendimento melhor para o paciente e o resultado para o profissional, você tem endereço, telefone, pode falar com seus pacientes. Na dermatologia é muita gente, mas tem bastante médico</i></p>

	<i>que atende, as consultas não são marcadas para muito longe, eu vejo que os pacientes saem daqui bem satisfeitos, são atendidos, os exames são colhidos de imediato.</i>
K. Abrimos exceções em prol do bem-estar do paciente.	<i>K.2: Por exemplo, chega uma amostra que não está ideal, a regra manda a gente descartar e pedir outra, porém quando a amostra é uma punção lombar. “Ah... vamos ver se a gente salva.” Para não fazer o paciente passar por esse procedimento, que é doloroso, que não é uma coisa confortável. A gente sabe que aquela mostra veio de um paciente. Quando é o caso mais grave a gente tenta informar o mais rápido possível, para que esse paciente comece logo o tratamento, eu acho que isso pode ser uma prática de humanização; de repente é uma amostra que não iria entrar numa rotina por uma questão de fluxo naquele momento, mas conversam com a gente e a gente dá uma atenção especial, pela necessidade, pra você ter esse diagnostico lá para o paciente que está internado, sentindo dor, já está fazendo uso de alguma medicação.</i>
L. No IPEC atende-se melhor o paciente porque as condições de trabalho são boas.	<i>L.2: O fundamental da humanização pra mim é você ter condições de atender toda gente bem. Se você está atendendo toda a gente bem você tem condições de dar uma atenção maior a ele, de estar atento a coisas do que quando você está carregando piano, você não consegue. Então aqui como a gente tem uma estrutura de suporte muito boa, tem respaldo, todo o suporte que a gente precisa de exame laboratorial, isso ajuda você a ter uma relação melhor e mais humana. Os doentes são agendados você pode vê-los com calma, você consegue organizar melhor o seu tempo e dar uma dedicação melhor às pessoas.</i>
M. A gente sempre procura referenciar o que não trata aqui para o melhor lugar.	<i>M.2: Aqui é um local diferente dos locais que eu já passei, por mais que a gente não tenha aqui a especialidade, a gente sempre procura referenciar. A gente tem esse trabalho de contra referência, tanto da equipe da enfermagem, a triagem, o suporte do serviço social. Nem tudo a gente trata, o que não trata, a gente pede ao serviço social, sempre ajuda para a gente tentar ajudar o paciente mesmo que a gente não trate aqui, para orientar a procurar o melhor lugar.</i>
N. Preocupação com a qualidade do trabalho.	<i>N.2: Pela própria situação de você trabalhar com seres humanos, eu acho que já tem uma questão de humanização, uma preocupação com a qualidade de trabalho, eu acho que isso já é humanização.</i>
O. Existem ações de humanização, mas	<i>O.2: Agora atividades especialmente voltadas para humanização, você tem algumas, tem o Comitê de Humanização que propunha um trabalho com</i>

não conhece bem.	<i>as equipes, trabalhando especificamente o tema da humanização. Acho que tem umas ações de humanização, para mim chegavam notícias, eu sabia que tinham reuniões, mas não sabia exatamente o que era feito, o que era tirado disso.</i>
P. As práticas de humanização podem ser desvitalizadas ou reforçadas dependendo da atuação da direção.	<i>P.2: Acho até que a prática da humanização pode ficar desvitalizada, se você tem uma posição autoritária você não está respeitando as diferenças, forma de trabalhar de cada um. Então pensando que a humanização, como eu falei também tem muito haver com o profissional de saúde, eu acho que essa gestão de uma certa maneira, propõe coisas mais verticalizadas, mas está começando agora também. Vamos ver se vai dar certo, a proposta inicial tem sido ouvir mais as pessoas.</i>

Foram identificados dezesseis discursos referentes às práticas de humanização destacadas pelos profissionais como parte da rotina e da cultura do IPEC. O discurso A.2 diz que a necessidade do paciente é prioridade para os profissionais e o discurso B.2 se refere à pesquisa como forma de melhorar o diagnóstico para o paciente. Ambos os discursos colocam o usuário no foco da atenção, apontando para uma prática usuário-centrada (Merhy, 2007), tanto dos que prestam uma assistência direta ao paciente quanto pela finalidade da pesquisa.

Os discursos C.2 e D.2 referem-se ao trabalho em equipe realizado no instituto, indicando a existência de equipes do tipo integração (Peduzzi, 2001, 2007; Artmann et al., 2013) nos laboratórios pesquisados. O trabalho compartilhado e a cooperação são características deste tipo de equipe e foram citadas como facilitadores da integração dos profissionais. O discurso traz ainda uma alusão à vaidade existente entre os médicos, afirmando que no instituto ela está menos presente. A expressão-chave “*não existe o eu, existe nós*”, corrobora a existência dessa visão de integração que constitui uma coletividade. O trabalho compartilhado é também prerrogativa da PNH. (Brasil, 2004, 2008) Os dois discursos fazem referência direta à comunicação entre os profissionais, utilizando-se inclusive de exemplos, mostrando como a rede de conversação toma vida na prática cotidiana.

Seguindo nesta temática da rede de conversações, o discurso E.2 fala dos espaços de troca existentes, atividades conjuntas e conversas informais, onde os profissionais podem

aparecer como pessoas, com suas dificuldades e idiossincrasias. Estes três discursos, C.2, D.2 e E.2, demonstram uma forte grupalidade solidária na equipe, característica que deve ser fomentada segundo as diretrizes da PNH. (Brasil, 2008)

Os discursos A.2 e F.2 incluem o usuário na rede de conversações, destacando os encontros entre profissionais e usuários, mediados pela conversa. (Teixeira, 2003) No primeiro, ações como “dar toda assistência”, “conversar”, agilizar o atendimento e explicar o que está sendo feito, são exemplos do uso de tecnologias-leves (Merhy, 2007) para minimizar o desconforto do paciente. No discurso F.2 há um destaque para a escuta do paciente buscando a compreensão de sua demanda. A escuta e a conversa são a essência da noção de *acolhimento-diálogo* proposta por Teixeira (2003), referindo-se respectivamente às duas palavras que compõem o termo, que tem como finalidade depurar as necessidades do usuário e negociar a melhor forma de tratamento para ele. (Artmann e Rivera, 2011)

Este universo de trocas que se dá entre profissionais e entre profissionais e usuários, formando redes de conversação, pode ser compreendido a luz da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas e da Teoria do Reconhecimento de Honneth. (Miranda, Rivera, Artmann, 2012) É nesta interação linguística em que os sujeitos podem tematizar conflitos e buscam tanto o entendimento quanto o reconhecimento, que é possível exercerem sua criatividade e tornarem-se mais autônomos.

O discurso G.2 faz referência à cultura institucional associada ao IPEC, uma mentalidade de humanização que estaria presente no instituto como um todo. A partir deste discurso e dos anteriores, C.2 e D.2, nos quais se destacam os espaços de comunicação como práticas de humanização presentes no instituto, podemos identificar uma relação circular entre a cultura e a ação comunicativa, visto que uma evolui em função da outra a partir da incorporação de novos valores, no caso uma cultura de humanização. (Artmann e Rivera, 2011)

O discurso H.2 diz que os funcionários tratam todos igualmente e com educação. Este tratamento não é considerado como algo excepcional mas como já incorporado, portanto pode ser compreendido como um traço cultural da instituição. É também um tratamento que respeita o

princípio do SUS de igualdade na assistência presente na Constituição de 1988. (Noronha et al., 2008; Mattos, 2009)

O discurso I.2 compara o atendimento do IPEC com o de outros serviços públicos e afirma que este é diferenciado, destaca o contato frequente e o acompanhamento próximo do tratamento do paciente, além de uma atenção especial a determinados casos, como pacientes com HIV e crianças, como práticas de humanização adotadas pelos profissionais que aí trabalham.

Outras características distintivas do atendimento no instituto foram citadas no discurso J.2, que identifica práticas diferenciadas de humanização, tais como: a agilidade do atendimento; o horário da consulta marcado; o paciente poder trocar de médico caso sinta essa necessidade; a flexibilidade do horário de visita na internação e outras. Este discurso traz ainda exemplos de dispositivos que favorecem a autonomia do profissional e foram consideradas práticas de humanização diferenciadas: a flexibilidade de horário do profissional, o agendamento eletrônico e o profissional poder fazer contato com o paciente. Estes exemplos se relacionam ao discurso L.2, que trata das condições para se desenvolver um bom trabalho, o respaldo da instituição através de suporte diagnóstico e de tempo para atender bem aos pacientes, pois destacam práticas de humanização voltadas ao trabalhador da saúde.

A ideia central K, “abrimos exceções em prol do bem-estar do paciente”, e o discurso ao qual corresponde, são exemplos de trabalho vivo em ato (Merhy, 2007), um trabalho que não está definido de antemão, mas se concretiza a cada momento na prática do profissional. Hennington (2008) define o espaço do trabalho como espaço de transgressão e redefinição de normas, propício para o questionamento do prescrito. Particularmente na área da saúde, onde o estabelecimento de protocolos é comum, a prática cotidiana exige que os profissionais façam escolhas próprias, singularizando o trabalho a cada ato. Mintzberg (2006) também fala da autonomia do núcleo operacional nas organizações profissionais, onde a especificidade do trabalho exige tomadas de decisão rápidas, e onde os profissionais possuem uma formação que lhes dá autoridade para isso.

O discurso M.2 traz como prática de humanização adotada pela equipe do IPEC a contra-referência. O paciente é atendido e orientado; no caso do instituto não oferecer o serviço necessário, há o encaminhamento para outros serviços da rede SUS. Este é um trabalho que supõe uma rede interna de conversações composta ao menos pelo paciente, a enfermagem e o serviço social, articulada a uma rede de serviços mais ampla.

O discurso N.2 traz a preocupação com a qualidade do trabalho prestado pelo fato de trabalharem com seres humanos. Em pesquisa realizada nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS do IPEC a qualidade da assistência foi relacionada a um olhar mais global do paciente e sua maior participação no tratamento, através do esclarecimento e de um registro mais completo das informações, que são características dos processos em uma instituição de pesquisa. (Ferreira, 2011) A qualidade da atenção foi um dos focos que deu início a discussão sobre humanização no SUS, tendo sido discutido na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, antes da formalização de uma política específica para a área. (Benevides e Passos, 2005)

Já o discurso O.2 indica a existência de ações de humanização pouco divulgadas, pois seriam pouco conhecidas pelos profissionais. A existência do Comitê de Humanização, dispositivo criado e incentivado pela PNH, que promove discussões voltadas especificamente para o tema, é mencionada neste discurso, no entanto as ações deste grupo não ficaram claras. O discurso P.2 destaca a importância da atuação da direção, favorecendo ou não práticas de humanização. Faz referência a uma posição da gestão de propor um trabalho mais aberto a ouvir mais as pessoas. Esta posição se aproxima do que a PNH propõe como gestão compartilhada. (Brasil, 2008) Artmann e Rivera (2010) defendem uma visão do planejamento e da gestão que inclua os diferentes atores, de forma a contribuírem com sua diversidade através da comunicação e negociação. A PNH incentiva este tipo de arranjo, que privilegia uma comunicação transversal nas organizações. (Brasil, 2008, 2009) Além disso, instituições complexas que envolvem pesquisa e assistência exigem pontes de comunicação entre a direção estratégica e os profissionais de ponta. (Andrade e Artmann, 2009; Artmann et al., 2013)

Quadro 3: Discursos relacionados à questão *O senhor(a) considera que o IPEC presta um bom atendimento ao usuário? Por quê?*

Profissionais	
Ideias Centrais	DSC
A. O atendimento é bom, outros serviços públicos são ruins.	A.3: <i>Se você comparar com outros lugares, eu considero sim que existe um bom atendimento aqui, nota dez. Você tem profissionais de ponta e dispostos a ajudar, a descobrir qual é o seu problema e a relação médico-paciente é de altíssimo nível. Ai fora você não tem o enfermeiro disponível pra te orientar, você não consegue esse vínculo com a instituição e com os profissionais, pois a rotatividade é muito grande e às vezes dificulta o tratamento. O nosso sistema pega todos os dados do paciente, telefone, endereço, você consegue fazer contato com a pessoa, em caso de greve a pessoa não vem aqui a toa, é avisada antecipadamente. É uma estrutura terciária também, não é posto que é porta de entrada, que é o problema da saúde pública hoje, posto de saúde se for feriado a porta fecha, você só vai marcar para quatro meses depois, aqui tem o cuidado de marcar pra perto. A gente presta um bom serviço, a gente vê que o paciente tá faltando às consultas a gente liga, marca para ele voltar, tenta reve o tratamento, acho que em outras unidades isso falta também. Só o fato de ter essa humanização que a gente conversou, acho que já bota o serviço em alto nível.</i>
B. É melhor do que consultório particular e plano de saúde.	B.3: <i>Eu acredito que seja pelo atendimento diferenciado, de qualidade, sem dúvida melhor que consultório particular! Os pacientes são bem recebidos, as consultas e os exames não demoram. Outro dia fui levar meus filhos para a consulta, nem consegui pediatra, porque tenho um plano de saúde, tive que ligar no primeiro dia do mês para consulta para novembro. A gente brinca que o pessoal está reclamando de barriga cheia, às vezes tem vaga no mesmo dia porque tem pessoas que faltam, crianças às vezes são atendidas no mesmo dia, todo paciente tem que ser avaliado na triagem. Eu acho que é um serviço que funciona muito bem, a gente queria às veze resolver aqui dentro mesmo. A gente brinca que é o "IPEC D´or", que não é aqui que é o problema.</i>
C. É um centro de referência.	C.3: <i>É um atendimento mais especializado, a gente tem centros de referência aqui dentro, com tipos de metodologias e exames que não são feitos em outros locais, e quando são feitos e ainda ficam na interrogação eles mandam para cá, para confirmar, ver se o resultado bate. Dão muita importância para coisas que realmente fazem diferença: esporotricose, paracoco, histoplasma. Então é um centro de referência, sim. O IPEC, no caso da micologia, realmente dá uma</i>

	<p><i>assistência para o paciente e também tem a parte da publicação e tudo mais. Aqui é um bom lugar, mesmo antes de estar aqui eu já tinha essa ideia.</i></p>
<p>D. Para o paciente é bom, mesmo com condições de trabalho ruins.</p>	<p><i>D.3: Com as condições de trabalho que a gente tem, principalmente dentro dos laboratórios onde nós temos uma defasagem enorme de pessoal e de espaço, mesmo assim o atendimento é bom, para o paciente é bom, porque a gente retorna pra ele. Mas eu vejo que a gente não está num melhor momento por conta dessa obra. Mas por força de vontade?! Tem. De bons profissionais?! Tem. Boas ideias também. Só que no momento as coisas estão indo muito devagar, sabe?! Porque não depende muito da nossa vontade.</i></p>
<p>E. O atendimento é bom porque o paciente é a prioridade, ele é valorizado.</p>	<p><i>E.3: Há uma visão mais humana do paciente, que é a nossa prioridade número um. Eu já vi atuações dessas pessoa no trato com o paciente, há um tempo atrás eu vi uma situação que eu achei fantástica, uma auxiliar de enfermagem ajudou o paciente a subir a escada e começou a brincar com ele, até nesse detalhe, eu notei que quando ele chegou lá em cima na escada ele já estava rindo, estava menos ofegante. Ai eu falei: "Ta fazendo um bom papel." A gente vê isso, eu acho que é um atendimento diferenciado, que os pacientes se sentem amparados, eles têm associação de pacientes que às vezes participa de reuniões pra dar um palpite e etc. Então o paciente aqui é muito valorizado, faz parte do perfil do IPEC valorizar o paciente a esse nível, tem uma marca da individualização.</i></p>
<p>F. Os pacientes elogiam o atendimento no IPEC.</p>	<p><i>F.3: Eu ouvi falar que sim, que é um lugar que os pacientes gostam, elogiam. Eles mandam elogio para ouvidoria, que manda para gente e aí a gente fica sabendo. Tem inúmeros depoimentos de pacientes que não querem outra coisa, senão vir aqui para continuar um tratamento, é um retorno que a gente tem deles. Claro que tem queixas também, mas tem muito mais elogio, para determinados médicos, determinados profissionais da saúde. Eu já tive pacientes que elogiaram e falaram que apesar de ser público é um lugar bom, a gente consegue avaliar que eles têm um bom atendimento.</i></p>
<p>G. Os profissionais são excelentes e experientes, formam um grupo de base.</p>	<p><i>G.3: São pessoas qualificadas, treinadas, com formação, a maior parte do grupo aqui já vem há um longo tempo. Entra muita gente nova, mas tem um grupo de base formado, com bastante experiência, que dá um suporte para a assistência que a gente presta. Então eu acho que é um atendimento diferenciado porque não é só aquela coisa mecânica, de chegou, eu pingo a minha amostra, faço a reação, vou olhar o resultado e liberar. Tem um histórico todo por trás que dá uma base pra você pensar um pouquinho mais, a gente sabe mais ou menos: "não, esse título aqui é um título baixo, pode ser uma reação secundária." Os profissionais do IPEC são excelentes, então eu</i></p>

	<p><i>acredito que a assistência seja boa, de qualquer forma, tudo que se passa aqui tem um retorno para o paciente. Os profissionais aqui são muito bons, muito interessados, tem muito conhecimento, são extremamente capacitados, comprometidos, tem os especialistas, cada um tem uma competência e tem um bom histórico. Acho que nosso atendimento é de excelência principalmente pela qualidade dos profissionais.</i></p>
<p>H. É bom porque possui equipe multidisciplinar com diferentes profissionais envolvidos no atendimento.</p>	<p><i>H.3: Como se trata de uma equipe multidisciplinar, por exemplo, tem psicólogo envolvido, tem uma gama muito grande de profissionais. Então eu acho que isso enriquece muito, não é um tratamento frio, de liberar resultado e pronto. Quando acontece determinadas coisas, tem que ter um suporte, principalmente dessas áreas de psicologia, de assistente social, eu acho que é fundamental, nesse sentido o IPEC é campeão, mesmo que tenha problemas, porque eu acho que poderia ser uma coisa mais integrada. O suporte do serviço social é muito importante, porque muita coisa o paciente pergunta 'se vai precisar ficar afastado do trabalho', ou ele não tem dinheiro para vir de ônibus para cá fazer o tratamento, e eles conseguem encaminhar alguns casos para conseguir cesta básica, auxílio transporte, esclarecer sobre direitos trabalhistas, e por ter essas outras especialidades a gente consegue profissionais experientes no assunto pra gente conseguir resolver. O enfermeiro orienta "sua consulta está marcada para tal dia, mas antes disso pode acontecer isso e isso com você, não fique nervoso, aqui está o telefone", além disso tem o serviço de pronto-atendimento caso aconteça alguma coisa quando ele já iniciou a medicação.</i></p>
<p>I. O atendimento é bom em vários segmentos porque a equipe é motivada.</p>	<p><i>I.3: Eu acho que é bom, primeiro por que temos uma equipe motivada em todos os aspectos. Você vai na farmácia, você vai no laboratório, você vai na enfermagem, aqui o paciente é muito bem acolhido de uma forma geral, as pessoas, a limpeza, tudo, eu acho que tem uma coisa de acolhimento. E não é só um segmento, eu acho que são vários segmentos, isso tudo faz com que seja um bom atendimento.</i></p>
<p>J. Atendimento de alto nível porque cumpre muitas etapas: acolhimento, diagnóstico e tratamento, além de suporte de outros setores.</p>	<p><i>J.3: Considero o atendimento de alto nível, inclusive é uma instituição acreditada, de alto padrão. Para começar tem um serviço na porta de entrada, a pessoa não fica perdida, passa pelo infectologista, que direciona aqui dentro para o que ele tem que fazer. Os exames que a pessoa precisa são pedidos antecipadamente e a ela já vai para o especialista com todos os exames prontos, para dar início ao tratamento ou ser orientada no futuro. É difícil ver um lugar que fornece o tratamento ou que dá o remédio na farmácia, fazemos o tramite completo, acolhimento, diagnóstico, tratamento, até receber alta. Aqui tem médico, tem remédio, os exames você consegue fazer. Então eu acho que a gente</i></p>

	<p><i>consegue cumprir muitas etapas do atendimento, é um serviço que tem continuidade, isso deixa as pessoas mais felizes, tanto o médico quanto o paciente, porque a gente vê que é um serviço muito bom, tanto de conhecimento como de execução. Tem tudo, tem até transporte para pacientes com dificuldade de locomoção. Então eu acho bastante complexo o tipo de atendimento, o paciente tem a internação, tem o pronto atendimento que é de segunda a segunda, qualquer horário, acho que é uma coisa bem ampla, pelo que vemos fora, acho que é um local de bom atendimento, excelente, de referência.</i></p>
<p>K. O tratamento é resolutivo: oferece o remédio e outros recursos.</p>	<p><i>K.3: Você vê o seu paciente melhorar porque ele tomou o remédio, e o remédio ele não precisou comprar, ele pegou na farmácia. As pessoas vão melhorando e vamos tendo bons resultados da saúde, conseguimos ou estabilizar a doença, ou melhorar muito ou curar. Isso é muito bom! Então você vê as pessoas que tiveram uma experiência ruim com a doença, mas tiveram uma experiência muito boa que foi a cura. É prazeroso tanto pro médico quanto pro paciente, para a equipe de forma geral, eles voltam felizes! E mesmo as doenças crônicas são muito bem estabilizadas, tudo muito bem controladinho, com exames, com medicamentos, isso tudo motiva as pessoas.</i></p>
<p>L. O atendimento é bom pela confiança nos resultados de exames e pelo suporte diagnóstico.</p>	<p><i>L.3: Eu acredito que o atendimento é bom, não só pelos recursos que a gente tem aqui, não é qualquer lugar que a gente pode fazer alguns exames com confiança. Mesmo antes de trabalhar aqui na FIOCRUZ eu já tinha essa visão, durante a especialização, às vezes eu atendia paciente de fora e encaminhava para cá, porque eu sabia que o laboratório de fora não ia ser de confiança, ou então eu fazia um exame dava negativo, encaminhava para cá porque eu sabia que estava errado, e dava positivo. Então o principal aqui é a confiança e o suporte diagnóstico também, tem serviço de anatomia patológica, radiografia, todos os exames que tem aqui funcionam, com exceção desse micológico que está com esse problema de obra. A residência mesmo eu fiz em um hospital que não conseguíamos porque faltava material para completar o exame, o tomógrafo quebrava.</i></p>
<p>M. Há uma preocupação em fazer o diagnóstico correto e tratar.</p>	<p><i>M.3: Todo mundo aqui é estudioso, todo mundo procura sempre um diagnóstico diferente, não é simplesmente tratar paciente e vai embora. Acho que o principal aqui, pelo menos me ensinaram assim, é você primeiro fazer o diagnóstico e depois tratar, não tratar e depois fazer o diagnóstico ou deixar que vai melhorar. Aqui procura realmente dar um atendimento médico que sempre existiu e não é de "limpar fila", não é aquele atendimento que "vamos limpar! Vamos limpar! Vamos embora". Aqui realmente se preocupa com isso.</i></p>
<p>N. Responde às</p>	<p><i>N.3: Considero o atendimento bom porque a gente consegue responder a</i></p>

expectativas dos pacientes.	<i>expectativa do paciente, oferecer uma consulta médica, o que é algo hoje complicado, marcar consulta com o enfermeiro; eles já saem daqui vitoriosos, “Poxa, antes da minha consulta eu tinha tantas informações...” porque a gente não marca e tchau vem para falar com o médico.</i>
O. Os profissionais são comprometidos e de confiança.	<i>O.3: Se eu fosse um paciente com alguma doença infecciosa eu gostaria de ser atendida aqui, pelo compromisso dos profissionais, isso é o que mais me chama atenção, a gente sabe que têm profissionais aqui de renome e que tem compromisso com a profissão. Isso dá uma garantia para o paciente do atendimento, tem a empatia, o relacionamento médico x paciente, profissional x paciente, favorece muito a sua tranquilidade. Se você confiar naquele profissional, você vai conseguir seguir tudo que ele te pedir. Eu acho que isso aí é fundamental, a confiança. é a base de tudo.</i>
P. Preocupação com o distanciamento da relação profissional x usuário com o crescimento da unidade.	<i>P.3: Nós éramos uma unidade pequena e eu tenho estado muito preocupada com esse aumento, temos pacientes que estão aqui há anos, que conhecem todo mundo, os médicos conhecem por nome, isso dá uma aproximação. Na medida que essas coisas vão crescendo, essas relações vão ficando mais difíceis, mais distantes, porque é um número maior de pessoas. Esse é um ponto muito importante no IPEC que se a gente não tomar cuidado a gente perde, e eu acho que de certa forma a gente tá perdendo, eu senti isso assim que eu cheguei.</i>
Q. Pesquisa e ensino trazem maior preocupação com a qualidade.	<i>Q.3: Tem essa preocupação com a qualidade, eu acho que cada profissional naquilo que ele faz busca o melhor pra ofertar ao paciente, mesmo que a gente consiga ver críticas, tem coisas que podem melhorar, mas eu acho que as pessoas se preocupam com a qualidade do trabalho. Eu acho que a assistência tem uma revitalização porque tem o atravessamento da pesquisa, tem a questão de ensino, em outras instituições isso fica meio capenga. Então pelo fato de existir isso, acho que tem uma preocupação maior com a qualidade do trabalho.</i>

O atendimento no IPEC foi considerado bom por todos os profissionais. Entretanto dois discursos trazem ressalvas quanto ao trabalho realizado: o D.3 diz que é bom para o paciente apesar das condições de trabalho; e o P.3 alerta para um distanciamento entre profissional e usuário com o crescimento do número de pacientes atendidos na unidade. No discurso H.3, embora a tônica não seja essa, há também a indicação de que o atendimento poderia ser melhor se o trabalho fosse realizado de forma mais integrada.

Os discursos A.3 e B.3 consideram o atendimento do IPEC muito bom e melhor do que os outros serviços. O discurso A.3 foca na diferença entre o atendimento no IPEC e em outros serviços públicos, citando práticas de humanização como características que colocam o serviço num patamar de alto nível em relação a outros. O B.3 traz uma comparação com serviços particulares ou via plano de saúde, dizendo que no instituto o atendimento é mais rápido, é diferenciado e de qualidade, todos os pacientes são avaliados e o serviço funciona bem. Ambos os discursos contém exemplos da experiência dos profissionais, como trabalhadores de outras unidades de saúde e como usuários de plano de saúde, para corroborar suas ideias e se apoiam na representação de que a princípio serviços de saúde pública seriam ruins e os particulares seriam bons.

O discurso C.3 destaca o papel de referência do instituto para outros serviços, pela especialização e pela realização de exames com metodologias diferenciadas e com maior confiabilidade do que em outros lugares, além das publicações que realizam. É uma referência de fato, pelo trabalho que realiza, mas também no imaginário das pessoas, como veremos mais adiante no discurso dos usuários. O discurso L.3 aponta como diferencial do instituto a confiabilidade no resultado dos exames, destacando especificamente a confiança que os profissionais têm no trabalho realizado.

A função de referência do instituto foi um dos temas que se destacou nas discussões das oficinas da *Démarche Stratégique* (Artmann, Rivera e Ferreira, 2014), pois demonstrou-se uma preocupação com o aumento do volume de atendimentos de casos que poderiam ser tratados em outros serviços, tomando um tempo e um investimento que deveriam estar mais voltados para a missão institucional de avançar nas pesquisas e dar suporte à rede de atenção. Esta preocupação se mostrou relevante neste momento especialmente porque existe um projeto de junção do IPEC com outro instituto da Fiocruz, e sua instalação em um prédio novo em outro endereço. Este momento de mudança pediria, portanto, uma reflexão sobre suas atividades e o estabelecimento de metas e balizadores para garantir o cumprimento de sua missão nesta nova conjuntura.

Este discurso pode ser associado ao discurso G.3, que se refere aos profissionais

altamente capacitados e comprometidos, embora entrem pessoas novas para trabalhar, existe um núcleo de base forte e experiente, que garante um atendimento diferenciado. A qualificação dos profissionais foi um fator chave de sucesso (FCS) destacado pela *Demarché Stratégique* em todos os seguimentos nos dois laboratórios. (Artmann, Rivera e Ferreira, 2014)

O discurso H.3 traz uma outra questão que diferencia o atendimento no IPEC em termos de recursos humanos, a existência de uma equipe multidisciplinar, com uma gama de profissionais de áreas diferentes que dão o suporte necessário ao usuário em cada caso, embora seu trabalho pudesse ser mais integrado. São destacados o suporte do serviço social, que consegue assistir o paciente em determinadas necessidades sociais, como cesta básica e auxílio transporte, além de tirar dúvidas sobre questões trabalhistas e benefícios, e o atendimento do enfermeiro, que realiza uma primeira avaliação no ambulatório, dá orientações e tira dúvidas dos usuários sobre questões básicas de evolução da doença e o funcionamento da instituição. O discurso I.3 ressalta a motivação da equipe em todos os setores.

O discurso E.3 destaca a prioridade e a valorização do paciente e relaciona os espaços que os pacientes têm para se expressar: a associação de pacientes e reuniões onde a associação coloca suas opiniões. Estes são espaços de inclusão do usuário na produção da saúde e na gestão, que estimulam e exercitam o protagonismo, pois a posição dos atores se constitui a partir da participação e do diálogo. De acordo com Artmann e Rivera (2011) a humanização supõe um modelo de gestão colegiada e participativa. O fomento de espaços de comunicação e participação é fundamental para a estratégia de humanização, posto que a modificação das práticas de saúde depende de mudanças nas relações que as engendram. (Passos e Benevides, 2005) O discurso F.3 também se refere à participação dos usuários que elogiam o atendimento no IPEC e cita um outro espaço de expressão: a ouvidoria, dispositivo preconizado pela PNH para a oferta de uma escuta qualificada. (Brasil, 2008)

O discurso J.3 ressalta a abrangência do atendimento e a resolubilidade do tratamento no IPEC, desde a porta de entrada, passando pelo tratamento, até a alta. Destaca ainda a complexidade e a continuidade do atendimento oferecido. Ele pode ser relacionado ao discurso K.3, que indica que o trabalho do profissional consegue resultados porque o instituto oferece os

recursos necessários para isso. É importante ressaltar o reconhecimento dos usuários em relação a essa melhora, que os deixa felizes e motiva a equipe de saúde. O discurso L.3, refere-se a um recurso em especial, o suporte de diagnóstico a que os profissionais têm acesso, com serviço de anatomia patológica, tomografia, radiografia, e sublinha a confiança no resultado dos exames que realizam, como abordado anteriormente.

Os discursos M.3 e Q.3 destacam a preocupação com a qualidade da assistência. O primeiro fala de um atendimento que segue um padrão, fazer o diagnóstico para depois tratar. Já o segundo diz que “*cada profissional busca o melhor para ofertar ao paciente*” e destaca a pesquisa e o ensino como fatores que contribuem para isso, revitalizando a assistência. A qualidade da atenção está associada à humanização desde o início das discussões sobre o tema, estruturando os programas voltados para a questão no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. (Benevides e Passos, 2005) As práticas relacionadas à pesquisa também são associadas à qualidade da atenção em outros trabalhos. (Artmann et al., 2013; Ferreira, 2011)

O discurso O.3 afirma que o profissional gostaria de ser atendido no IPEC, principalmente pelo compromisso dos profissionais com a profissão e pela confiança que transmitem ao paciente. A confiança pode ser entendida como legitimidade atribuída ao profissional, quando as normas ou valores de referência do falante são considerados legítimos. A correção normativa é um dos quatro pressupostos que sustentam o agir comunicativo segundo Habermas. (Artmann e Rivera, 2011)

Trata-se ainda da relação dos profissionais com seu ofício, que quando encarada com seriedade pode ampliar as perspectivas do paciente. (Passos, Cavalcanti e Ribeiro, 2002) Segundo Hennington (2008) é a possibilidade de transgressão à norma, que permite que o profissional imprima uma marca pessoal no trabalho, implicando-se no seu próprio fazer. Os discursos G.3, I.3, M.3 e Q.3, abordados anteriormente, são também exemplos deste compromisso dos profissionais com o seu trabalho. Campos (2003) chama atenção para a importância estratégica de um modelo de gestão que atue na reconstrução deste laço afetivo entre os profissionais e o exercício de sua profissão, indicando a educação continuada e a valorização do fator humano como meios para isso

Quadro 4: Discursos relacionados à questão *Quais as dificuldades que o senhor(a) encontra no seu processo de trabalho?*

Ideias Centrais	DSC
<p>A. A exigência burocrática da gestão pública é alta e os processos são lentos.</p>	<p>A.4: <i>O maior inferno é a burocracia, são muitos órgãos internos na Fiocruz, seja da unidade ou de instâncias superiores, às vezes a mesma questão e tem planilhas para você preencher, relatórios para produzir, e a gente tem, pouco retorno disso. A gente se irrita porque são questões trabalhosas e a gente tem pouco tempo disponível. A gente entende que tem que ter todos os indicadores, preocupação com custos, melhor adequação de verba, você tem que começar a gerenciar seu tempo, amanhã é dia de liberar resultado ou amanhã tem que olhar o abstract do aluno, enfim. E o processo de compra eu acho que é muito lento, às vezes um material ou um projeto para biologia molecular, tem que fazer um pedido e demora, vai ser orçado, vai ver se tem dinheiro pra pagar. Acaba chegando pra mim com um mês e em outro país eu fiz um pedido de um material e o rapaz se desculpou porque ia demorar 48 horas. Então determinados modelos são interessantes, por exemplo, aqueles kit's que todo mundo usa já tinha lá, você chegava e pegava, só as coisas específicas eram pedidas. Aqui tem que licitar, tem que ser o preço mais baixo, e nem sempre o que é mais barato é o melhor, muito pelo contrário.</i></p>
<p>B. Encaminhar pacientes para outros serviços gera sofrimento nos profissionais.</p>	<p>B.4: <i>Hoje é a questão do encaminhamento, você regular um paciente, encaminhar pra fora é muito complicado. Quando não precisamos ótimo, mas quando precisamos é ruim, uma experiência ruim. Tem hora que ficamos de mãos atadas, tem casos que a gente sabe o que é, mas a gente não é especializado, tem que encaminhar os pacientes pra fora. A gente sabe que muitos deles não vão conseguir ser atendidos. Então, é assim um pouco sofrido para o profissional de saúde ver pessoas que precisam e que você não tem como dar conta. Fica sofrido isso. Eu acho mesmo que falta o SISREG funcionar, assim como o SUS até hoje ainda não funciona plenamente.</i></p>
<p>C. Toda instituição pública tem problema de espaço físico.</p>	<p>C.4: <i>A falta de espaço afeta a gente há muitos anos, é muito apertado mesmo. Eu tenho negado estágio de pós-doutorado, pedido de estágio... Como é que eu vou enfiar mais uma pessoa se as pessoas já tão mal!? Tem dia que eu chego a minha sala está ocupada, tem que esperar ou arrumar outro lugar pra atender. Muito contêiner quebrando o galho, a gente quer trabalhar em alto nível então a gente quer um prédio em alto nível. O problema mais é físico, como em qualquer instituição pública. O INTO foi</i></p>

Em relação às dificuldades encontradas que impactam no processo de trabalho, cabe contextualizar que a instituição passa por um momento de preparação para uma mudança importante, a realocação da unidade em um prédio novo, em outro endereço, juntamente com o Instituto Fernandes Figueira, também da Fiocruz, formando o Complexo dos Institutos Nacionais (CIN), previsto para 2018. O IPEC já trabalha com a nova denominação de Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/IPEC). Diversas reuniões estão sendo realizadas com a finalidade de definir a relação e a operação do trabalho dos dois institutos, que passarão a dividir o mesmo espaço e mesmos recursos estruturais. (<http://www.ini.fiocruz.br>)

A partir das discussões das Oficinas da *Démarche Stratégique*, identificamos duas implicações deste projeto para os laboratórios no momento presente: a paralização dos investimentos em infraestrutura, tendo em vista a perspectiva de mudança, e a apreensão dos profissionais quanto ao futuro do instituto. Desta forma, o momento se mostra oportuno para a discussão da missão institucional e o levantamento de problemas, visando à construção de um plano que inclua este cenário prospectivamente, mas que também aponte necessidades de intervenção mais urgentes, que não podem levar tanto tempo para ser realizadas.

O discurso C.4 enfatiza a falta de espaço físico no IPEC, ressaltando que este é um problema de qualquer instituição pública. A representação social de que todo serviço público tem problemas de inadequação de espaço físico é uma generalização, mas os problemas de infraestrutura são apontados pelas falas dos profissionais entrevistados como dificuldades concretas que encontram diariamente como, por exemplo, a falta de sala para receber um pesquisador de fora ou alunos e para o atendimento psicológico no ambulatório. Este problema é tido como crônico no instituto.

As falas dos profissionais destacam ainda como problema: a falta de espaços adequados para a realização de determinados procedimentos, como um ambulatório de curativos e sala de biópsia, especificamente no caso da Dermatologia; a falta de segurança e a contaminação de

amostras gerados pela obra no laboratório de Micologia; a falta de espaço para alocar novos equipamentos; a frequente queda de energia gerando danos ao material e atrasando os trabalhos; e ainda a não substituição de equipamentos utilizados para pesquisa por exemplares mais modernos, como por exemplo computadores. O laboratório de Micologia passa atualmente por um momento especialmente conturbado, com uma obra paralisada pela metade e seus setores mal acomodados em diferentes espaços. Esta situação impacta o trabalho dos dois laboratórios que fizeram parte desta pesquisa, pois um dos exames importantes para a dermatologia não está podendo ser realizado, o que foi relatado inclusive por usuários que tinham indicação mas não puderam se submeter ao exame. Houve problemas com a empresa que estava realizando a obra e uma nova licitação precisou ser realizada.

Este ponto nos leva ao discurso B.4, que dá destaque à burocracia da gestão pública, cita a demora na compra de material e questiona os processos licitatórios, bem como o excesso de demandas provenientes das diferentes instâncias institucionais principalmente quando se ocupa um cargo de gestão. A burocracia como obstáculo ao processo de trabalho, traz um ponto de vista ligado à gestão. Neste trabalho os gestores entrevistados são profissionais que participam também da rotina dos laboratórios e neste discurso destacaram a dificuldade em lidar com o excesso, já que é preciso conjugar estas tarefas com as outras atividades do dia-a-dia. A lentidão do processo de compra de material é exemplificada pela experiência dos profissionais do instituto e pela comparação com modelos mais ágeis utilizados em outros países.

Foram detectados na entrevista outras queixas e problemas que, no entanto, não se configuraram como discursos pois não podem ser ancorados em representações sociais ou na literatura. A defasagem de profissionais em alguns setores, como por exemplo, a falta de um ortopedista, e a falta de organização da coleta, foram apontadas como problemas que impactam na realização do trabalho. Contudo, foram apontadas também algumas soluções, como a solicitação de vagas em concurso e a oficialização de convênios com outras instituições, que facilitem o fluxo dos pacientes. A falta de determinados exames e de um ambulatório de infectologia geral também foram considerados problemas, evidenciando um problema de fluxo em relação à rede de serviços, que leva os profissionais a buscarem soluções internamente. Mesmo assim, como vimos, o discurso N.3, apontou o suporte diagnóstico oferecido como

característica importante do atendimento prestado no IPEC.

O discurso C.4 critica o funcionamento do sistema de regulação (SISREG), ressaltando que é complicado e até mesmo sofrido para o profissional quando tem que encaminhar um paciente para outros serviços. Embora a referência e a contra-referência tenham sido citadas como práticas de humanização adotadas no IPEC (K.2), existe uma dificuldade de articulação com outros serviços. A fragmentação do sistema é ainda um fato, como indicam diversos autores. (Hartz e Contandriopoulos, 2004; Viana e Machado, 2008; Lima, 2009) ⁴

Outra abordagem relacionada à rede de serviços que apareceu nos relatos dos entrevistados sublinha o despreparo dos profissionais da rede de atenção básica para o atendimento da Esporotricose, patologia que é um dos focos de atenção e pesquisa dos laboratórios que fizeram parte deste estudo. A discussão sobre a capacitação dos profissionais da rede, como foco do trabalho da Fiocruz, e particularmente no caso da Esporotricose, foi também tema debatido nas oficinas da *Démarche Stratégique*. Já foram realizadas reuniões com as secretarias estadual e municipal de saúde do Rio de Janeiro, e cursos de capacitação já foram oferecidos, mas estas ações não estão apresentando o impacto desejado. O relato dos usuários nas entrevistas mostra uma peregrinação por serviços, tanto públicos quanto particulares, antes de chegar à Fiocruz. Em muitos serviços o diagnóstico não foi feito corretamente e muitas vezes os pacientes foram tratados de forma inadequada, levando ao agravamento da doença. Muitas vezes o paciente chega ao IPEC por indicação de um conhecido, que teria passado pelo mesmo problema.

O instituto possui uma estrutura diversificada, com uma grande variedade de profissionais, exames e medicamentos. Este contexto dá ao profissional a possibilidade de trabalhar com uma rede interna que dá conta de muitas situações, mas não de todas. Os próprios profissionais apontam soluções para estas lacunas, como a realização de convênios oficiais para o encaminhamento de usuários que necessitem de um ortopedista, especialidade que não atua no IPEC, ou o convênio já existente com o Rio Imagem, no caso de exame de ressonância

⁴ Esta questão será abordada com mais detalhes mais adiante neste trabalho, na discussão do quadro 5, que traz os discursos relacionados à questão *São feitos encaminhamentos para outros setores ou serviços? Como isso é feito?*

magnética. Ainda assim, observa-se entre os profissionais uma tendência à supervalorização do ambiente interno (Rivera, 1997), almejando que este resolva todas as questões dos pacientes.

Esta discussão retoma outra situação crítica já ressaltada, o sistema de referência e contra-referência. A falta de confiança dos profissionais neste sistema pode levar também ao desejo de ter mais e mais recursos dentro da instituição, podendo oferecer soluções para um maior número de casos. No entanto, como os próprios discursos indicam, o instituto tem uma missão voltada para a assistência aliada à pesquisa que delimita o seu foco de atuação. Desta forma, detectamos uma necessidade premente de trabalhar as parcerias externas na tentativa de sanar estes problemas de articulação com a rede de serviços, e não deixar os pacientes desassistidos. Embora o sistema apresente problemas e exista uma deficiência de vagas e serviços na rede, os profissionais, através da instituição, precisam pensar em meios de contribuir para a melhoria deste fluxo.

As falas dos entrevistados abordam também os limites do trabalho em saúde e apontam novamente para a necessidade de uma abordagem intersetorial: trazem a precariedade da situação social de grande parte dos usuários do serviço, e a insuficiência de suas ações neste sentido, como indicado na fala “*Mas muitos que procuram tem a parte social muito precária, muita pobreza e (a gente) não consegue ajudar tanto, apesar que temos carro, instituição, visita de serviço social, mas a gente não consegue abrir esse leque para todos. Hoje é algo ruim para a gente, se pudéssemos buscávamos todos.*” A Política de Humanização como política pública transversal se posiciona também na interface do Ministério da Saúde com os outros ministérios e propõe a intersetorialidade como eixo de ação estratégico da atenção. (Brasil, 2008)

Foi trazida ainda como queixa a dificuldade dos pacientes aceitarem as limitações da equipe, associando este fato ao IPEC oferecer muito também. Fica evidente uma relação de troca entre a instituição e os pacientes e uma postura ativa dos usuários. No entanto, como vimos, entre os profissionais há também uma exigência em relação à instituição no sentido de almejarem mais recursos, como exames e especialidades que hoje não são oferecidos. Outra queixa apresentada foi quanto aos problemas de acessibilidade para portadores de deficiência

que o instituto apresenta, mas algumas melhorias já teriam sido providenciadas, mostrando que esta é uma questão que já vem sendo abordada como problema. A questão foi também relacionada ao fato do prédio ser tombado, o que dificulta a realização de modificações arquitetônicas.

Como vimos, diversos aspectos da problemática ampla da infraestrutura no IPEC foram destacados, como a falta de espaço físico e de equipamentos adequados; a burocracia da gestão pública e o sistema de regulação também foram abordados como problemas que dificultam o processo de trabalho. Estas representações e constatações dos profissionais trazem para a discussão o nível macro da organização da saúde, mostrando a diversidade das demandas a serem atendidas no provimento do cuidado humanizado. Fica claro o quanto os processos de trabalho são influenciados por problemas relacionados às políticas da instituição no provimento de condições adequadas de trabalho, que envolvem infraestrutura, política de RH, financiamento público etc. (Artmann e Rivera, 2013)

Quadro 5: Discursos relacionados à questão *São feitos encaminhamentos para outros setores ou serviços? Como isso é feito?*⁵

Ideias Centrais	DSC
<p>A. Encaminhar para a rede de assistência gera angústia nos profissionais.</p>	<p>A.5: <i>Muitas vezes o que recebemos de encaminhamento a gente não absorve, o que é um problema, você fica com um paciente que a gente vê que está doente e para onde encaminhar? A gente tem uma porta aberta, os pacientes vão chegando, e aí a gente vê o paciente que não é o perfil daqui, não tem nem condição de tratar aqui, você joga para uma rede que não sei onde que vai ficar, isso é ruim, ainda mais quando é câncer. O INCA agora parece que também está no SISREG. Então é complicado, isso nos dá uma certa angústia, quando a gente vê que precisa de tratamento que a gente não disponibiliza. Onde é que esse paciente vai? Quanto tempo ele vai demorar? Isso eu acho que é um problema! O maior obstáculo realmente são os encaminhamentos.</i></p>
<p>B. O sistema de regulação</p>	<p>B.5: <i>Antigamente tinha um fluxo melhor, fazia um contato conseguia; o</i></p>

⁵ Aqui cabe ressaltar que a maior parte dos profissionais do laboratório de micologia do IPEC não realizam encaminhamentos, pois não atendem o paciente diretamente.

<p>não responde à realidade, é uma tragédia.</p>	<p><i>Pedro Ernesto atendia na área de pneumologia de DIP, o HU em áreas cirúrgicas, pediatria, tinha um fluxo, essa máquina quebrou, o estado do Rio não tem fluxo adequado para os nossos pacientes que complicam. É péssimo o sistema de contra-referência, ele é duro, difícil e artificializado, é só um faz de conta. A gente fechava um diagnóstico de câncer, encaminhava e eles iam à triagem do INCA; cada unidade que fazia o tratamento tinha a sua triagem, mas isso no Rio de Janeiro acabou, pelo que eu saiba o único local que ainda está com uma porta de entrada que avalia somos nós da Fiocruz. Se pode dizer que o SISREG é uma tragédia, eu tenho conversado com vários colegas de vários hospitais, e isso é uma unanimidade, na teoria uma maravilha, na prática não tem funcionado.</i></p>
<p>C. Os profissionais recorrem a uma rede informal.</p>	<p><i>C.5: Às vezes fazemos encaminhamento de boca a boca que a gente conhece, eu conheço uma que trabalha no fundão, ligo para ela, “tem um caso assim, assim, assim...” e a pessoa vai, mas a cada dia o link diminui. É, uma vez teve um paciente com Tuberculose que tinha derrame pleural, não tem cirurgião aqui, a gente lembrou de uma médica que trabalha e em Bonsucesso, pedimos auxílio à ela pra encaminhar para lá; que às vezes eles mandam pra cá também. Então a gente sempre tá em comunicação com o outro e a gente encaminha por escrito também. A gente conversa com o médico se na outra unidade tem atendimento e faz o encaminhamento, o paciente já vai certinho. Se for alguma coisa que não vai causar problema crônico no paciente, nada emergencial, SISREG. Caso o contrário, liga para algum colega ou encaminha diretamente para um serviço que a gente saiba que vai atender sem problema, tem alguns serviços que por a gente conhecer todo mundo a gente sabe que vai absorver.</i></p>

Foram identificados aqui três discursos sobre os encaminhamentos para serviços externos ao IPEC: o A.5 sobre a angústia dos profissionais quando não podem absorver o paciente para atendimento, o B.5 que classifica o Sistema de Regulação (SISREG) como uma tragédia pois não responde à realidade, e o C.5 a respeito da rede informal de encaminhamentos.

O discurso C.5 fala de uma parceria informal entre instituições e colegas que trabalham em outros serviços para viabilizar o atendimento para os pacientes, através de contatos diretos entre profissionais conhecidos ou que trabalham nos dois hospitais. Consideramos que esta é

uma estratégia a qual se recorre quando o sistema formal não apresenta respostas efetivas às necessidades da realidade, o que conecta este discurso ao anterior, B.5, numa relação causal, os profissionais recorreriam à rede informal por não encontrarem respostas adequadas na rede formal.

Entretanto, segundo as falas dos profissionais, estas ligações informais tem ficado mais difíceis. O caso do INCA foi evocado como exemplo de parceria que funcionava bem, tendo em vista que não é raro que os médicos dos laboratórios de dermatologia e micologia tenham o câncer como diagnóstico diferencial. Segundo os profissionais, antes da adoção do SISREG este fluxo era efetivo, e era possível encaminhar os pacientes diagnosticados com esta patologia diretamente para o instituto de referência. Hoje o encaminhamento através da atenção básica é demorado e a rede de conversações tem sido impedida de operar. Desta forma, especialmente nestes casos mais graves, os profissionais se mostraram angustiados e apontam uma face cruel do sistema de regulação, como indicam os discursos A.5 e B.5 respectivamente, deixando os pacientes sem assistência no tempo oportuno.

O grande número de respostas objetivas obteve à questão sobre como são feitos os encaminhamentos contribuiu para o mapeamento dos fluxos interno e externo de encaminhamentos, assim como para compreendermos o seu funcionamento a partir de facilidades e problemas detectados pelos profissionais. Em relação ao funcionamento da rede interna ao serviço, encaminhamentos para exames laboratoriais ou de imagem e para consultas, a avaliação dos profissionais é boa e mesmo que haja dificuldades de agenda, existe uma facilidade para manejar os encaminhamentos, seja pelo sistema computadorizado que utilizam ou por contato direto com os profissionais para agilizar o atendimento em casos de urgência.

Os principais fluxos de encaminhamentos internos mapeados foram:

- 1) Os usuários que chegam ao ambulatório do IPEC e passam por uma triagem, onde é feita uma avaliação pela enfermagem e, sendo detectada a necessidade de atendimento no instituto, são encaminhados para os infectologistas, que encaminham para os

especialistas. Podem ser abertas exceções em casos específicos.⁶ As enfermeiras tem autonomia para encaminhar também para profissionais de outras áreas, como psicologia.

- 2) Os médicos fazem os pedidos de exames laboratoriais ou de imagem. O acesso ao laboratório é direto e diário, não havendo necessidade de marcação. Os exames de imagem são agendados através da recepção. Os resultados dos exames são inseridos diretamente no prontuário eletrônico do paciente.
- 3) O encaminhamento para outras especialidades é realizado pelo médico através de parecer no prontuário eletrônico e a marcação da consulta é feita na recepção.
- 4) O atendimento do Serviço Social é por demanda espontânea; os outros profissionais podem fazer este encaminhamento, mas basta o paciente colocar o nome na lista para ser atendido.
- 5) Casos de urgência são encaminhados por contato direto com o profissional necessário ou através da chefia do ambulatório.

No caso dos encaminhamentos externos foram apontados como uma grande dificuldade que encontram. Os profissionais falam da demora para conseguirem marcar exames e consulta na rede desde que o SISREG (Sistema de Regulação) começou a operar apenas a partir da atenção básica. Segundo os relatos, antes a relação com a rede era melhor e era mais fácil conseguir vaga para pacientes diagnosticados em outros institutos especializados em sua patologia. Em relação aos exames de imagem que necessitam de encaminhamento externo, há um acesso direto ao Rio Imagem e esta articulação está funcionando bem.

Os principais fluxos de encaminhamentos externos mapeados foram:

- 1) Fluxo formal via SISREG: é feito um encaminhamento para o posto de saúde mais próximo ao local onde o usuário mora, em que consta o nome do profissional a quem ele deve se dirigir. Este posto é localizado por um programa de computador a partir do

⁶ Encaminhamentos expressos para determinada especialidade, contendo diagnóstico e avaliação; identificação clara pelas enfermeiras da patologia e do especialista necessário, urgências que necessitem do especialista; no entanto o encaminhamento para o infectologista visa agilizar o atendimento, já que este profissional tem maior disponibilidade de agenda no instituto.

endereço residencial do paciente. Não há data para esta consulta; ele pode ir a qualquer momento dentro do horário de funcionamento do posto. Este tipo de encaminhamento é realizado no caso do usuário necessitar de consultas com especialistas ou tratamentos que o instituto não oferece.

- 2) Fluxo formal para exames: o encaminhamento para exames que o IPEC não oferece está sendo feito diretamente para o Rio Imagem e tem funcionado bem. Chegou a ser feito via SISREG, mas o tempo de espera era muito grande e foi articulado um acordo direto.
- 3) Fluxo informal: existem parcerias não formalizadas que se dão através de profissionais conhecidos em outros serviços ou profissionais que trabalham nos dois serviços. Estas parcerias são antigas e ocorrem também devido a uma rede de ensino e pesquisa que atravessa essas instituições. A UFRJ foi citada, por exemplo, como formadora de quadros para o IPEC, e o IPEC é campo de ensino para outras residências em infectologia. Essas parcerias são de mão dupla e acontecem com os seguintes serviços: Hospital Federal de Bonsucesso (cirurgia), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).
- 4) Casos de dermatologia geral são encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia, que possui um serviço de porta aberta. São passados ao usuário os dias e horários em que há recepção de pacientes novos nesta unidade.

Conforme apontam os discursos e os relatos dos profissionais, o fluxo formal da rede SUS não está funcionando a contento. A classificação do sistema de regulação como *artificial*, indica sua normatividade e falta de conexão com os problemas e necessidades reais da rede de serviços e das pessoas que dela dependem, trabalhadores e usuários, reforçando a necessidade de interação comunicativa na coordenação da rede de atenção. (Lima e Rivera, 2009) O recurso aos contatos informais no agenciamento dos encaminhamentos, tanto externos quanto internos, em caso de urgências, revela a natureza solidária e cooperativa do trabalho em saúde sob o horizonte da atenção integral. Artmann e Rivera (2013) defendem uma rede articulada com múltiplas portas de entrada, caracterizada pelo acolhimento da demanda do usuário e encaminhamento direto ao nível de complexidade adequado ao caso, independente do nível tecnológico do serviço que receba o paciente. Conforme constatado pelo discurso dos

profissionais esta visão responderia melhor às necessidades que se apresentam nos serviços de saúde.

Quadro 6: Identificação de espaços de troca e participação a partir da questão *Existem espaços de participação/ troca/comunicação no Instituto? Quais? Há reuniões de equipe? (sessões clínicas, equipes multiprofissionais, reuniões de pesquisa, reuniões de assistência)*⁷

Espaços de troca e participação no IPEC	Como funcionam estes espaços
Contato entre profissionais sem horário ou local definido (frequente no ambulatório)	É um espaço de trocas informais, que acontecem conforme a necessidade, sem data ou local marcados. Os casos são compartilhados a partir das dificuldades que aparecem no tratamento e os profissionais que participam do atendimento, ou que poderiam contribuir com informações ou opiniões, são chamados a participar da discussão. Existe um dia na semana em que há mais dermatologistas atendendo no mesmo horário com a finalidade que estas trocas sejam mais frequentes. Mas podem ocorrer em qualquer lugar e tratar de qualquer assunto relativo ao trabalho, conforme a demanda dos profissionais, pois há um acesso fácil aos diferentes profissionais.
Cursos	O IPEC oferece cursos de atualização em temas variados.
Prontuário eletrônico	As informações sobre o tratamento dos pacientes são compartilhadas entre os profissionais através de prontuário eletrônico.
Discussão de casos na internação	As trocas na enfermaria são mais formalizadas, pois existem dias específicos em que os diferentes profissionais estão presentes e eles se reúnem para discutir os casos dos pacientes internados sob seus cuidados.
Seminários	São encontros semanais que reúnem alguns setores do laboratório de Micologia para discussão de artigos científicos, a fim de aprofundar alguns temas ou ampliar a área de conhecimento dos profissionais e alunos; são discutidos também os resultados de pesquisas.
Sessão Clínica	O laboratório de dermatologia participa de sessões clínicas no Hospital de Bonsucesso, com o qual tem uma parceria.

⁷ O quadro 6 traz os espaços de participação e troca citados pelos profissionais entrevistados, tendo em vista que, apesar de não terem sido encontrados discursos nas respostas à questão 6, seu conteúdo mostrou-se interessante para a discussão nesta dissertação.

Centro de Estudos	Espaço formal de apresentação de temas seguido de discussão.
Reunião de pesquisa e ensino	Reuniões com alunos e entre laboratórios para discutir projetos conjuntos, elaborar estudos, verificar o andamento dos trabalhos, discutir deficiências no diagnóstico e no tratamento e pensar como abordá-los. Os laboratórios de dermatologia e de micologia tem reuniões frequentes (em torno de duas vezes por mês) relacionadas à linha de pesquisa conjunta que mantém sobre a Esporotricose.
Reuniões de chefia/ com a direção	Reuniões onde são discutidas questões de gestão, os profissionais da ponta são eventualmente chamados a participar. Estas reuniões tem sido mais frequentes por conta do cenário de mudança para o CIN. ⁸
Reunião com parceiros externos	No momento estão acontecendo reuniões da Rede de Saúde Silvestre, que reúne profissionais de diversas entidades e universidades. ⁹
Reuniões do setor de psicologia	Reunião semanal para discussão de qualquer assunto relativo ao serviço, suas direções e reformulações.

Foram identificados diversos espaços de troca e participação no instituto, como os seminários semanais no Laboratório de Micologia e as discussões de caso no ambulatório e na enfermaria. Entretanto, os espaços que abarcaria uma maior diversidade de profissionais, como o centro de estudos, não foram considerados funcionais. Segundo o relato dos entrevistados, o Centro de estudos e as sessões clínicas – que não estão sendo realizadas – tornaram-se espaços esvaziados devido à falta de tempo dos profissionais, ao envolvimento com a atividade de assistência e ao volume de trabalho em geral, como expressa a fala “*O que que acontece, você está tão envolvido com as suas atividades de assistência que você deveria ter uma reunião de todos os serviços né? Sei lá, semanalmente ou de quinze em quinze dias, seria interessante.*” Esta e outras falas demonstraram o interesse em que haja um espaço mais frequente de trocas entre os serviços do instituto, apesar das dificuldades.

Os espaços identificados podem ser separados em espaços formais e informais de

⁸ O projeto do CIN (Complexo dos Institutos Nacionais) foi explicado anteriormente.

⁹ Não há muitas informações sobre este grupo, pois ele é muito recente; no momento da entrevista tinham realizado apenas uma reunião. Destacamos esta modalidade de espaço de participação aqui, para exemplificar as trocas com parceiros externos suscitadas pela pesquisa.

participação. Os espaços formais são: sessões clínicas em outras instituições, centro de estudos, seminários, reuniões de gestão, reuniões do setor de psicologia, reuniões de pesquisa internas e com parceiros externos, discussões de caso na enfermagem, o prontuário eletrônico e os cursos oferecidos. Os informais são: discussões de caso clínicos e outros encontros ou contatos para tirar dúvidas ou fazer comunicações conforme a necessidade; são contatos entre os profissionais, solicitados por eles próprios conforme às exigências do trabalho. Os espaços informais não permitem delimitação precisa pois independem de locais ou horários definidos, podem ocorrer a qualquer tempo nos ambientes de trabalho e evidenciam a vitalidade das redes de conversação (Teixeira, 2003; Lima e Rivera, 2009) que operam nos serviços de saúde e neste caso em particular, auxiliando na resolução das mais diversas questões que se apresentam no dia a dia, garantindo a qualidade do cuidado e da pesquisa desenvolvidos aí.

Observou-se uma maior disponibilidade de espaços de troca dentro dos setores, embora exista uma abertura dos profissionais para contatos informais com colegas de outros setores. Os espaços de discussão setorializados foram bastante valorizados como forma de aprofundar o conhecimento na área em que trabalham, mas também para ampliar o conhecimento acerca de áreas próximas, as quais os sujeitos não dominam. Os seminários como espaços de discussão de artigos científicos são espaços ligados à pesquisa.

A pesquisa aparece como fator que contribui para a instituição destes espaços, seja nas supervisões de alunos, nas discussões de artigos ou nas reuniões entre os laboratórios por conta de linhas de pesquisa conjuntas, bem como em reuniões com parceiros externos. Os cursos oferecidos foram apontados também como espaços de troca. Mesmo os espaços de troca informais estão permeados pela perspectiva de pesquisa, como as discussões de casos, por exemplo. A Dermatologia participa de sessões clínicas em outras instituições, o que é exemplo também de parceria externa. Desta forma, a pesquisa contribui também como fator de integração entre profissionais e equipes e fomenta espaços de participação.

A comunicação intra e inter grupos fica clara nos discursos em questão, mas não podemos afirmar que a qualidade desta comunicação sustente uma modificação de relações entre os saberes capaz de destituir poderes numa reformulação das relações de trabalho, como propõe

o conceito de transversalidade (Benevides e Passos, 2005; Brasil, 2008). O princípio da PNH contém aspectos destacados pelos profissionais, mas serve também para problematizar a relação entre eles, pois os discursos destacam sobretudo uma comunicação horizontal entre os atores, enquanto a transversalidade propõe uma comunicação multivetorial, assentada na interseção entre o eixo vertical, que hierarquiza gestores, trabalhadores e usuários, e o eixo horizontal, que cria comunicações por segmentos. (Benevides e Passos, 2005)

O espaço físico aparece também como obstáculo para que estas trocas aconteçam, particularmente no caso da Micologia por conta da obra que fragmenta ainda mais os espaços e é apontada como motivo para não haver reuniões da equipe toda no momento. Porém, independente desta situação, podemos afirmar, com base nas falas dos profissionais que há falta de salas para reunir os profissionais e equipes.

Em relação aos profissionais de apoio, especificamente aos assistentes sociais e psicólogos, as trocas com os profissionais dos laboratórios parece bastante pontual, restrita a casos específicos em que são solicitados. Contudo, a psicologia demonstra a intenção de estreitar esse laço convidando outros profissionais para discussão de casos¹⁰. As reuniões internas do setor de psicologia não estão ligadas diretamente aos laboratórios pesquisados, mas merecem destaque por adotarem a questão da gestão compartilhada. A fala *“Eu costumo dizer que formamos um grupo pequeno tentando fazer uma gestão compartilhada, as exceções passam pelo grupo e essas reuniões de sexta-feira são bastante facilitadoras devido à continuidade, a frequência, você pode trazer questões para debater e tirar um consenso já que as decisões afetam o grupo todo.”*, além de exemplificar o funcionamento da gestão compartilhada, proposta pela PNH (Brasil, 2008), evidencia sua conexão com o modelo habermasiano do entendimento vinculado à ação comunicativa, na busca de soluções dialógicas baseadas na argumentação (debate) e na produção de consensos. (Lima e Rivera, 2009; Artmann, 2001; Artmann e Rivera, 2011)

O espaço que parece reunir uma maior quantidade de profissionais de áreas diferentes

¹⁰ Este espaço não foi listado no quadro 6 pois é uma iniciativa recente e ainda não contou com a participação dos profissionais dos laboratórios pesquisados.

para discussão de casos é a internação, apontada como espaço privilegiado de troca por conta de estarem mais próximos fisicamente e pela quantidade de pacientes ser menor do que no ambulatório. As reuniões convocadas pela direção foram apontadas como espaço mais abrangente, que possibilita a participação de uma diversidade maior de profissionais de diferentes setores, se limitam à discussão de questões de gestão, no entanto a participação dos profissionais da ponta não é frequente.

Análise e discussão dos discursos e falas dos usuários

Quadro 7: Discursos relativos à questão *Para o senhor(a) o que é ser bem atendido?*

Ideias Centrais	DSC
<p>A. Ser bem atendido é o que acontece na Fiocruz/IPEC, melhor do que outros lugares.</p>	<p>A.7: <i>Eu sempre achei aqui um bom atendimento. Aqui, graças à Deus, cheguei aqui, maravilha! Aqui é um paraíso! Eu aconselho mesmo, se houver um meio de se tratar na Fiocruz vai, porque lá é muito bom, apesar de ter plano de saúde lá fora.</i></p>
<p>B. Ser bem atendido é ser acolhido, com preocupação e atenção, por todos.</p>	<p>B.7: <i>É um médico disposto, com vontade de trabalhar, que se preocupe com o paciente de verdade, que tem aquela consideração de que você obtenha êxito naquilo que você tá fazendo, que eu não vejo isso em nenhum lugar da rede pública, só aqui. É ser humano, né? De pessoa pra pessoa, ter atendimento, atenção, carinho, os médicos daqui são muito atenciosos, o atendimento também na portaria. E atender a gente direito, do mesmo jeito que a gente pergunta, do mesmo jeito que eu to conversando com a senhora; que às vezes a gente vai em certos lugares parece que as pessoas atendem a gente mal, não dão confiança. Ser bem atendido é você se sentir bem, ser bem tratado, as pessoas terem aquela satisfação em cumprimentar, saber como é que está. É o funcionário atender você bem, todos eles, como acontece aqui, dos médicos aos enfermeiro, da portaria até as pessoas que fazem limpeza.</i></p>
<p>C. Ser bem atendido é ter acesso a bons recursos.</p>	<p>C.7: <i>Ser bem atendido é um atendimento com recurso bom. Eu gostaria que a presidente da república colocasse médico suficiente e desse remédio, porque as pessoas não tem condição de comprar, que tivesse os hospitais, posto de saúde, bons médicos, exame e que desse remédio pra nós, na medida do</i></p>

	<i>possível, né? Engloba tudo: você ter o recurso pro que você quer, você ter resposta àquilo que você quer e o atendimento do que você quer. Aqui eu tenho os remédios, que são caríssimos.</i>
D. Ser bem atendido é o médico é o médico ter expertise e competência.	<i>D.7: Ser bem atendido é o médico prestar atenção, saber o foco, ter responsabilidade do que tá fazendo, avaliar o caso, pesquisar, estudar, se interessar pelo seu caso, pelo seu diagnóstico, qual é problema e resolver, me proporcionar um conforto. Então, é os médicos darem atenção, procurarem verificar o porquê esse ferimento não fecha, não cicatriza. Eu gosto de chegar no hospital e o médico me atender, me dizer o que eu tenho. Aí fora você volta pra casa sentindo dor, que nem eu fui diversas vezes, ninguém me atendeu, dizendo que nem conhecia o que era isso. Então ser bem atendido é o médico ser bom, a gente sabe que o médico é bom, tem conhecimento em relação ao que você tem.</i>
E. É ter um acolhimento diferenciado pelas necessidades de cada paciente.	<i>E.7: Isso pra mim é um bom atendimento, acho que realmente o atendimento médico ele tem que prestar por isso, quando é criança é um tipo, um adulto, uma pessoa que tem mais escolaridade, que é mais, sabe. O tratamento assim, um mínimo possível de compromisso com as pessoas, do trato, levar em consideração a idade. Um tipo de tratamento que a gente não percebe muito em outras instituições, aqui a gente percebe esse cuidado de quando uma pessoa é mais carente, , não tem muito estudo então necessita de uma explicação, um acolhimento melhor.</i>
F. Ser bem atendido é ser ouvido e ter sua necessidade compreendida.	<i>P.7: Pra mim ser bem atendida é eles saberem qual é a minha necessidade e poderem me auxiliar nisso. Quando você faz a solicitação, o médico compreende aquilo que você tá pedindo e se esforça pra que aquilo dê certo, que às vezes você não vê esse retorno. Então é dar atenção à minha necessidade, não é eu chegar e eles darem as informações que eles acham necessárias, é compreender a situação do paciente, ser ouvida, a pessoa te explicar. Aqui o médico conversou, ouviu eu falar, me deixou tranquila, eles me deram atenção, ouviram o meu caso, desde a entrada ali com as enfermeiras.</i>
G. Ser bem atendido é o profissional esclarecer dúvidas.	<i>G.7: Ser bem atendido é tirar dúvida, porque nós somos leigos, eu chego aqui com o que eu to sentindo, não adianta o médico vir com uma conversa técnica, que eu não vou entender nada. Então, pra mim o médico atencioso é aquele que consegue me fazer entender o que tá acontecendo, me dá um feedback de tudo. Porque eu acho que o profissional tem que esclarecer, eles estudaram e tão aqui pra isso, pra atender e tirar dúvidas. Eu trabalho com público, eu procuro esclarecer o que eu posso, e aonde eu não sei eu procuro alguém que</i>

	<i>saiba, eu acho que qualquer tipo de serviço tem que ser assim.</i>
H. Ser bem atendido é não demorar para marcar a consulta ter o horário respeitado.	<i>H.7: Ser bem atendido é demorar o menos possível, aqui foi bem rápido, não demorou muito, uma semana de espera. Na verdade o primeiro passo de respeito é o horário de atendimento, a gente vê quando o médico marca de quinze em quinze minutos e leva meia hora, então marcasse de meia em meia hora. Então, ser bem atendido eu acho que é você encontrar as pessoas disponíveis, o cumprimento da hora marcada, você vir pra consulta e realmente estar tudo certinho, as pessoas por ordem de chegada, a gente marcar e num ficar assim, duas, três horas esperando pra ser atendido; que isso não acontece só em rede pública como é tão divulgado, a gente sente isso na pele até em consultórios particulares. Se você paga também espera!</i>
I. Ser bem atendido é ter o seu problema resolvido.	<i>I.7: Ser bem atendida é a gente chegar no médico, ele perguntar o que que a gente tem, a gente fala e ele passa os remédios e explica pra a gente como é que toma, não é? É ter atenção do médico, e ele resolver o meu problema seria fundamental, o remédio que o profissional passou fazer efeito; que às vezes é muito bom, atencioso, mas não tem efeito nenhum. Por exemplo, eu tava sentindo muitas dores, ele me atendeu, passou um remédio que foi certo pra mim, fiquei bom. Então eu sou bem atendida, os remédios dão resultado.</i>

Foram identificados nas entrevistas com os usuários nove discursos sobre o que é ser bem atendido. De uma forma geral, podemos dizer que eles associam um bom atendimento ao atendimento que receberam no IPEC, citando a atenção de todos os profissionais, o interesse em solucionar o seu problema a partir de uma escuta atenta e da pesquisa.

O discurso A.7 é o que associa diretamente o bom atendimento à Fiocruz, e ressalta que esta opinião é válida mesmo tendo plano de saúde, o que destaca a representação social de que o atendimento dos serviços ligados aos planos de saúde é melhor do que o oferecido na rede SUS. O discurso H.7 destaca que ser bem atendido é ter a consulta marcada rapidamente e o seu horário ser respeitado, pois é comum que tenham que esperar muito por um atendimento, até mesmo em consultório particular, referindo-se novamente à representação social de que o serviço particular é melhor do que o público.

O discurso B.7 refere-se às tecnologias leves, valorizando que o médico realmente

esteja preocupado com o paciente; ressalta o pressuposto de sustentação da ação comunicativa de autenticidade dos falantes, que exige que os sujeitos envolvidos na interação tenham sinceridade em buscar um propósito comum. (Artmann e Rivera, 2011) Destaca as formas de serem tratados pelos profissionais, com bom-humor, carinho e a educação. Ressalta ainda a horizontalidade da relação entre profissionais e usuários como característica de ser bem atendido, “*de pessoa pra pessoa*”, referindo-se a outro requisito da ação comunicativa, a não coerção, que possibilita uma participação ativa de todos os atores em uma interação não hierarquizada, na busca de consensos.

O discurso C.7 traz a relevância de se ter acesso a bons recursos, englobando bons médicos, remédios e exames, com ênfase para o fornecimento gratuito de remédios. Esta questão também foi destacada pelos profissionais no discurso K.3, onde foi ressaltada a importância do fornecimento do remédio para que o paciente consiga cumprir com o tratamento e apresente melhoras.

O discurso D.7 destaca que para ser bem atendido é preciso que o médico tenha interesse pelo caso, em descobrir qual é o problema do paciente, e realizar uma pesquisa a fim de chegar a um diagnóstico e resolvê-lo, ressalta principalmente a competência do médico. É um discurso que se refere à tecnologia leve-dura (Merhy, 2007), pois destaca o saber do profissional, e mostra a importância do conhecimento especializado. Estes três discursos (B.7, C.7 e D.7) mostram que um bom atendimento requer o acesso aos três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras – as tecnologias relacionais, ao saber do médico e aos recursos materiais. (Merhy, 2007)

O atendimento diferenciado de acordo com as necessidades individuais, como idade e escolaridade, foi abordado no discurso E.7 e pode ser ancorado na orientação da PNH que propõe a valorização da dimensão subjetiva e coletiva nas práticas de atenção e gestão do SUS, comprometendo-se com os direitos e necessidades a elas associados. (Brasil, 2008) A Clínica Ampliada (Campos, 2003) também traz esta questão, somando à clínica tradicional a clínica do sujeito, de forma a oferecer um atendimento individualizado, que responda a singularidade de cada caso. (Brasil, 2008, 2009)

O discurso F.7 refere-se a ser ouvido e ter sua necessidade compreendida como forma de ser bem atendido, e aborda o tema da comunicação entre profissional e usuário. Sublinha que o médico precisa compreender as necessidades do paciente, para oferecer uma assistência adequada, e não imputar ao paciente o que ele considera importante. Este discurso ressalta o saber do paciente e o reconhecimento deste saber pelo profissional, ressalta o diálogo, ou seja, a participação dos dois atores na conversa, através da escuta, da conversa e do retorno ao paciente; características do encontro entre profissional de saúde e usuário destacadas por Teixeira (2003), atributos também do acolhimento, que conforme o documento base da PNH deve considerar as preocupações do usuário e oferecer uma escuta qualificada. (Brasil, 2008)

E o discurso G.7 destaca a importância do profissional tirar as dúvidas do paciente, esclarecer, em uma linguagem que ele possa entender. Aqui se destaca o pressuposto da inteligibilidade, que estabelece que a linguagem utilizada deve ser compreendida por todos os participantes da conversa. Estes dois discursos se complementam e comportam alguns fatores presentes numa ação comunicativa, pois a partir de um Mundo da vida compartilhado e buscando pretensões de validade aceitas mutuamente, profissional e usuário vão entrando em acordo, negociando, sem coerção, construindo consensos que possibilitam o avanço do tratamento. (Artmann e Rivera, 2011)

O discurso I.7 dá destaque à questão da resolubilidade, o fundamental seria o tratamento fazer efeito e o paciente ficar bom da doença que foi tratar. Em última instância é de fato esse o objetivo de qualquer atendimento em saúde, solucionar o problema do paciente proporcionando uma melhor qualidade de vida. Segundo Benevides e Passos (2005) a posição dos usuários no debate sobre a humanização do SUS está historicamente ligada à reivindicação de seus direitos, ou seja, à “atenção com acolhimento e de modo resolutivo”. (Benevides e Passos, 2005, p.389)

Quadro 8: Discursos relativos à questão *Como avaliaria o atendimento no IPEC? Por quê?*

Ideias Centrais	DSC
<p>A. O atendimento é melhor que em outros lugares públicos e particulares.</p>	<p>A.8: <i>Aqui é bem melhor do que os outros lugares. Que os outros lugares não atende direito, aqui te atende legal. Atende na deles mermo. Eu gosto daqui, por isso que eu vim pra cá. É bom, eu até já falei pra certas pessoas que igual aqui pra mim não tem, que onde eu moro é péssimo, agora aqui é bom. Eu até estranhei, que da primeira vez, até pelo telefone as pessoas te tratam muito bem. As pessoas do ambulatório te tratam muito bem. As pessoas do, da parte de zootecnia te tratam muito bem. <u>E eu estranhei isso, porque a gente é mal tratada muitas vezes, né. Às vezes até no particular você não é bem tratada.</u></i></p>
<p>B. O atendimento é melhor do que no SUS.</p>	<p>B.8: <i>Lá no SUS também eu fui não consegui nem ser atendido. No SUS nem passaram 3 meses pra mim fazer o primeiro atendimento, foi 3 meses, que eles não davam pra mim, e já tava com 3 meses, tava com a mão dessa altura, muito inchada, e eles não atenderam.</i></p>
<p>C. Todo lugar público demora.</p>	<p>C.8: <i>Demora, claro, que todo local público demora, porque eu sou marcada às 8 horas, aí sou atendida 10, 11. Eu acho que precisa organizar um pouquinho o horário da gente ser atendido.</i></p>
<p>D. É um lugar de referência.</p>	<p>D.8: <i>E é famoso pela pesquisa, é uma referência, porque a Fiocruz existe há mais de 60 anos, então realmente é um ponto de referência, de pesquisa, de tudo. Realmente, isso aqui é maravilhoso, coisa de primeiro mundo!</i></p>
<p>E. Todo médico que passa por aqui tem qualidade.</p>	<p>E.8: <i>Aqui tem um bom atendimento, bons médicos, todo médico que passa por aqui ele é de qualidade.</i></p>
<p>F. O atendimento é muito bom porque tem todos os recursos.</p>	<p>F.8: <i>Bom, muito bom. Em todos os setores, em questão de estrutura, de exames, de medicamento, sempre tive total apoio, fiz os exames de sangue direitinho. Você tem o respaldo, o profissional te responde, se ele não sabe te encaminha pra outro setor onde você possa ser atendido aqui dentro mesmo. Eu acho muito mais válido do que virar pra mim e dizer vai lá, pra Praia Vermelha, pro Fundão. Então fica tudo centrado aqui.</i></p>
<p>G. As pessoas são tratadas igualmente.</p>	<p>G.8: <i>Eu vejo aqui muita igualdade. Pelo menos as vezes que eu vim aqui, todo mundo é tratado por igual, ninguém é melhor do que ninguém. As pessoas, eu não sou muito de falar, mas a gente ouve muito, pessoas de vários lugares do Rio de Janeiro, vários lugares, da Baixada, Região dos Lagos, hoje mesmo tinha uma moça da região dos lagos, tava comentando aí, de vários lugares; você vê aqui igualdade com as pessoas. Pelo menos é o que eu vi até hoje. Pôxa, é tão difícil ver isso hoje em dia.</i></p>

<p>H. O atendimento é bom porque há uma atenção especial para as pessoas mais velhas.</p>	<p>H.8: <i>Olha, não sei se por causa da idade da gente, né, alguma coisa, eles parece que faz pela gente. Hoje mesmo eu estranhei, eu cheguei a sala tava cheia, né, eu ia fazer exame de sangue, né, eu faço todo ano. Eu ia fazer exame de sangue, meu número seis, foi rapidinho que eu fui atendido, né. Então, eu acho que ser bem atendido é isso, né? E... também se demora muito né, eu sou atendido até no negócio da nutricionista. Me atendem com muita atenção! Até com carinho, sabe? Não sei se é pelo fato d'eu ser uma velhotinha, eles me dão uma atenção muito carinhosa. Eu não tenho queixa não, só tenho elogios a fazer.</i></p>
<p>I. O atendimento é bom porque está tendo resultado.</p>	<p>I.8: <i>Só não tá 100% porque eu ainda não estou bom. Eu acho que ele vai suspender o remédio hoje, eu não podia nem levantar o braço, já estou bem melhor. Fui atendido e daí em diante só melhorei.</i></p>
<p>K. O atendimento é bom porque a gente não espera muito e é comum no hospital público o médico não comparecer.</p>	<p>K.8: <i>É ótimo, muito bom! Porque a gente chega aqui é logo atendida, não espera muito, é consulta marcada, hora marcada. Toda vez que eu vim aqui o médico realmente está aí, porque às vezes no hospital público o médico nunca vai, aqui ele sempre está. Eu cheguei aqui e me atenderam logo, gostei do atendimento até mesmo pela agilidade dos processos, primeiro eu liguei, no dia eu não vim nem muito cedo, eu me informei, ela já agendou, marcou a primeira consulta. Foi bem rápido.</i></p>
<p>L. O atendimento é ótimo porque todos atendem muito bem, tem interesse em ajudar e os médicos dão muita atenção.</p>	<p>L.8: <i>Aqui é ótimo! O atendimento na recepção excelente, o interesse do profissional em ajudar, tudo muito bom, são preocupados em atender, ligam falando que tem consulta. Eu estranhei, até pelo telefone te tratam muito bem, as pessoas do ambulatório te tratam muito bem, da parte de zootecnia também. Aqui você tem atenção do médico, ele é educado, esforçado, cumpri com tudo, pede todos os exames, tem acompanhado com muito carinho. Sou muito bem tratada, bem cuidada.</i></p>
<p>M. É um atendimento sério, não é superficial.</p>	<p>M.8: <i>É um tratamento sério, a gente observa que realmente as pessoas tem um objetivo sério, não é uma coisa superficial, fazem uma investigação. Então tem todo um acolhimento e uma seriedade no que tá fazendo.</i></p>

Como vimos, os discursos são imbricados, às vezes são complementares, mas também podem ser contraditórios. Os entrevistados referem-se a uma cultura de humanização, ou bom atendimento no caso dos usuários, que estaria além dos laboratórios pesquisados. Esta seria a cultura do IPEC como um todo, e mesmo da Fiocruz, atravessando a prática de todos os trabalhadores, *desde o porteiro até o médico.*

As duas questões, sobre o que é ser bem atendido e como avaliam o atendimento no IPEC, respondidas pelos usuários, tiveram respostas muito próximas pois, via de regra, ser bem atendido foi associado ao atendimento que receberam no IPEC. Foram feitas comparações com serviços tanto públicos quanto particulares, considerando o atendimento no instituto melhor (A.8), e dando a entender que o instituto não faria parte deste sistema (B.8). Estes discursos referem-se à representação social de que os serviços particulares são melhores do que os públicos e de que o atendimento no SUS é de má qualidade, ideias presentes também nos discursos dos profissionais (A.3 e B.3), por isso a diferenciação do IPEC em relação à rede pública. O discurso C.8 também pode ser ancorado no imaginário social pois traz a afirmação de que o atendimento é demorado em todo serviço público.

Entretanto, o discurso K.8 valoriza o fato de não esperar muito pela consulta, ter hora marcada e o médico realmente comparecer, pois traz a afirmação baseada no senso comum de que é usual o médico não estar presente no hospital público. Este discurso contradiz o discurso C.8, que abordou a demora no atendimento, o que mostra que há uma diferença na experiência de atendimento vivenciada pelos usuários, que pode ser tanto objetiva, alguns esperaram mais do que outros, quanto subjetiva, alguns tem maior tolerância à espera.

O discurso D.8 destaca o papel de referência da Fiocruz, por conta da pesquisa e da longevidade da instituição. Os profissionais também abordaram esta questão, sublinhando a referência do instituto para outros serviços. Campos (2003) afirma a importância para a organização dos sistemas de saúde da reunião de profissionais especializados em Centros de Referência, assegurando atenção integral aos pacientes em áreas específicas. Este discurso liga-se diretamente ao seguinte (E.8), que traz a qualidade dos médicos da Fiocruz como um fato que qualifica o atendimento, aspecto também destacado pelos profissionais que aparece no discurso G.3 sobre o comprometimento e a capacitação dos profissionais.

No discurso F.8 o atendimento é considerado bom pelos recursos que o instituto oferece, como medicamentos e exames, trazendo novamente a importância das tecnologias duras para o cuidado em saúde. (Merhy, 2007) Este tema foi abordado também nos discursos K.3 e L.3.

O discurso G.8 afirma que as pessoas são tratadas igualmente, o que não seria comum. Contudo, esta ideia, que também apareceu no discurso dos profissionais sobre as práticas de humanização nos laboratórios de micologia e dermatologia (H.2), diz respeito a um dos princípios do SUS regulamentado pela lei 8.080, o de “igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (Brasil, 8.080/1990) Um dos sentidos de humanização contidos nos discursos dos profissionais (J.1) também aborda esta questão, considerando a necessidade de se desfazer dos preconceitos para atender com qualidade. Como apontado anteriormente esta também é uma preocupação da PNH traduzida em seu documento base. (Brasil, 2008)

O discurso H.8 considera o atendimento no IPEC bom por ser diferenciado, atendendo aos pacientes de acordo com necessidades individuais, como a idade. A primeira vista estes dois discursos, o G.8 e o H.8, parecem contraditórios, no entanto se pensarmos que para atender com igualdade é preciso considerar que as pessoas são diferentes, percebemos que eles são complementares. Este paradoxo também aparece nos discursos dos profissionais sobre as práticas de humanização no instituto (H.2 e I.2), mostrando que essas duas ideias estão presentes no fazer dos profissionais.

O discurso I.8 considera o atendimento resolutivo, pois houve respostas rápidas ao tratamento e associa-se ao discurso I.7, que considerou esta característica importante para ser bem atendido. O discurso L.8 aborda a atenção dos profissionais, a preocupação em ajudar e atender, inclusive fazendo contato para avisar que tem consulta, enfatiza que todos os funcionários tratam as pessoas muito bem, até mesmo pelo telefone.

O discurso M.8 ressalta a seriedade do tratamento, pois fazem uma investigação, que não é superficial porque tem um objetivo. Este aspecto, além de ter sido apontado pelos usuários como importante para serem bem atendidos (E.7), foi também destacado pelos profissionais no discurso O.3, que fala sobre a preocupação dos profissionais em fazer o diagnóstico correto para depois tratar. Estes discursos indicam a existência de uma cultura de humanização baseada em valores ligados à pesquisa, como a investigação e o cumprimento das etapas necessárias para

alcançar um objetivo, seguindo protocolos. (Ferreira, 2011)

Quadro 9: Discursos relacionados à questão *O senhor já foi encaminhado para outros setores ou outros serviços por profissionais do IPEC? Quais? Como foi feito o encaminhamento? O senhor foi bem recebido?*

Ideias Centrais	DSC
<p>A. Os encaminhamentos externos funcionam.</p>	<p>A.9: <i>A cirurgia eu fiz na Santa Casa, lá no Castelo, no Centro, tudo encaminhado por aqui, trataram de tudo pra mim. A Dra. ajeitou, porque eu acho que ela tem período de trabalho lá também. Eu pedi (encaminhamento), para fonoaudiologia e fiz por um período na escola de fonoaudiologia, em Botafogo, através daqui também. Fiz um exame aqui. Fiz um exame aqui e deu que era um linfoma e ele me mandou pra lá (para o INCA).</i></p>
<p>B. Para conseguir tratamento na rede externa tem que ter sorte ou conhecer alguém.</p>	<p>B.9: <i>Eu fiz aqui um exame que constatou um cálculo, pedras no rim, me encaminharam para operar, que aqui não opera, tentaram por aqui, mas eu consegui correndo para lá e para cá. Foi difícil, aí fora é difícil, só com muita sorte e pessoas te conhecendo. O pessoal daqui tentava, procurava através dos computadores onde conseguiria, até que dei uma sorte no hospital de Bonsucesso e operei. Uma vez a Dra. me deu alta, fez o encaminhamento por escrito, falou que eu estava boa, que seria perto da minha casa no posto de saúde, mas não dei sorte, quando eu encontrei um pneumologista, ele falou “Não, eu não posso ficar com a senhora. Vou encaminhar a senhora de novo pra Fiocruz.” Eu não entendi.</i></p>
<p>C. Os encaminhamentos externos funcionam mal ou não funcionam; o sistema não é único.</p>	<p>C.9: <i>No último encaminhamento eu tive problema, porque com esse sistema único de saúde, que não tem nada de sistema único, tem que passar pela clínica da família eu odiei, porque não consegui, ficou meses aqui retido e negaram o pedido. Depois eu fui para um posto</i></p>

	de saúde que seria o meu, mas não era, marcaram a consulta e não me avisaram, quem me ligou já foi o posto de saúde dizendo que tinha a consulta. Agora eu voltei lá consegui marcar pra ortopedia ainda em novembro, e angiologia ainda não, estou aguardando. Achei horrível essa mudança, piorou, agendado por aqui era ótimo! N.9: Fui encaminhado pra fazer exame de próstata, mas disseram que vai demorar muito e mandaram voltar pra cá, vou falar com o Dr.
D. Os encaminhamentos internos, para exames e consultas, funcionam muito bem.	D.9: Eles me encaminharam para o setor de coleta de sangue, para o raio x, para biópsia, me informaram aonde era, foi o médico que pediu, sem nenhum problema. A gente faz a marcação da primeira consulta e começa, é tudo organizado, a farmácia funciona de verdade, foi tudo bem rápido e prático. Se eu preciso de um especialista, o médico me encaminha para outro laboratório aqui dentro mesmo. Quando eu cheguei meu caso já estava sério, passei pela triagem, fiz a consulta no mesmo dia, ele pediu urgência nos exames, peguei medicamento, e já deixei remarcado pro mês seguinte.

Quanto aos encaminhamentos os discursos construídos a partir das expressões-chave encontradas nas falas dos usuários caminham no mesmo sentido dos construídos com as respostas dos profissionais, porém apresentam o ponto de vista de quem utilizou o serviço. Foram construídos quatro discursos: três sobre os encaminhamentos para a rede externa de serviços de saúde (A.9, B.9 e C.9), e um sobre os fluxos internos de encaminhamento (D.9).

Em relação aos encaminhamentos externos, os discursos dos usuários exemplificam as opiniões dos profissionais. O discurso A.9 reúne experiências de encaminhamentos que funcionaram, ressaltando a função de integração exercida pelo profissional que trabalha em diferentes serviços. Este discurso destaca o recurso à rede informal de conhecimentos na efetivação de encaminhamentos que se mostraram funcionais, apontando novamente a importância da rede de conversações na coordenação das ações e serviços de saúde (Lima e

Rivera, 2009), conforme vimos no discurso C.5, construído a partir das expressões-chaves das falas dos profissionais.

O discurso B.9 apoia-se na representação social de que é preciso ter sorte ou conhecer pessoas nos serviços para conseguir atendimento na rede externa ao instituto, baseando-se também na experiência dos usuários. Em relação à contra-referência, o discurso B.9 contém o exemplo de uma situação em que o usuário não foi absorvido pelo posto de saúde após receber alta do instituto, tendo sido orientado a voltar para o IPEC. Este exemplo mostra a dificuldade de inserir o paciente na rede de forma permanente para que ele tenha um acompanhamento de sua saúde e a continuidade do cuidado. Malta e Merhy (2010) apostam na aproximação das equipes da atenção básica e dos hospitais como meio para solucionar estas questões, através da discussão de fluxos e protocolos e de maior responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado.

O discurso C.9 aborda a falta de coesão da rede SUS, apontada também por alguns discursos dos profissionais (C.4, A.5, e B.5) O discurso B.5 aborda particularmente o mal funcionamento do sistema de regulação, que deveria coordenar a rede de referência e contra-referência, mas que foi considerado *artificial*, pois não responderia adequadamente às necessidades do cotidiano dos serviços. Como no discurso C.9 foi feita uma comparação entre a forma como são feitos os encaminhamentos atualmente, através da atenção básica, com a forma como era feita antes, diretamente pelo IPEC, e constatou-se que houve piora no funcionamento dos fluxos. Os discursos C.4 e A.5 abordam o sofrimento e angústia dos profissionais ao terem que encaminhar os usuários para a rede, pois não sabem se eles serão atendidos.

Os discursos mostram diferentes experiências de encaminhamento para a rede: o encaminhamento direto para outros serviços, como o INCA e a UFRJ; o encaminhamento através de rede informal de conhecimentos; o encaminhamento através da atenção básica e até um encaminhamento sem sucesso em que o usuário precisou buscar a cirurgia por seus próprios meios entre outros, exemplificando os fluxos identificados pelos profissionais anteriormente. Os discursos evidenciam a dificuldade para conseguir os atendimentos através da atenção básica, seja pela demora ou mesmo pelo não atendimento da demanda.

O discurso D.9 aborda os encaminhamentos internos ao instituto, mostrando a facilidade com que realizam exames e a organização da farmácia. Assim como no discurso dos profissionais, foi destacada a agilização do atendimento e realização de exames em caso de urgência, mostrando a autonomia do profissional para tomar decisões acerca do processo de trabalho de acordo com as necessidades colocadas pelo atendimento e baseados no conhecimento específico que detém. (Mintzberg, 2006)

Ainda em relação aos serviços oferecidos pelo instituto, as falas dos usuários destacam a referência que o instituto representa pela confiabilidade dos exames, pois há exames que o profissional prefere que sejam feitos na instituição. A confiabilidade foi também destaca pelos profissionais no discurso L.3 como característica da assistência prestada pelos laboratórios do IPEC. Porém, as falas dos usuários apontam também alguns percalços vividos durante o tratamento no instituto, como: a espera para pegar os remédios na farmácia, a falta medicamento e a demora para marcar ou receber o resultado de exames. Até mesmo as dificuldades causadas pela obra no laboratório de micologia foram citadas pelos usuários, como exemplifica a fala a seguir: *“Tá em obra o laboratório, até hoje eu não fiz, até hoje eu não tenho certeza se é Esporotricose, entendeu? Eu to tomando medicamento, mas o laudo mesmo não obteve.”* De qualquer forma, é prudente destacar que, mesmo os relatos de dificuldades vivenciadas durante o período de tratamento no IPEC, vêm acompanhados de ressalva afirmando a qualidade do atendimento de uma forma geral, conforme discussão do quadro 8 acima.

6. Considerações Finais

A humanização é um movimento que tem como característica o resgate dos aspectos subjetivos da interação entre os atores envolvidos e interessados na saúde (gestores, profissionais, usuários e sociedade em geral). Aspectos que, no entanto, possuem também impactos objetivos sobre a saúde e a vida das pessoas, e que são fundamentais para a constituição e funcionamento de redes neste contexto.

A institucionalização da humanização, primeiro através do PNHAH e depois com a PNH se deve à desvalorização da subjetividade e da dimensão cuidadora particularmente no espaço hospitalar, mas aponta para a necessidade de uma mudança cultural geral na área da saúde.

Os resultados deste trabalho abarcam a polissemia do termo humanização, mostrando que um bom atendimento depende da utilização dos três tipos de tecnologias que Merhy (2007) distinguiu: tecnologias duras, leve-duras e leves. No entanto, as práticas de humanização foram majoritariamente associadas ao campo das tecnologias relacionais, que como discutimos se materializam através da ação comunicativa. A qualidade do atendimento relacionado também à disponibilidade de tecnologias duras também foi valorizado em vários discursos. Em relação ao atendimento e a humanização foram destacados o acolhimento, a escuta diferenciada e o vínculo, bem como uma visão ampliada do paciente. Contudo, foram também ressaltados as ações de humanização voltadas ao trabalhador da saúde e a importância destas para a qualidade da assistência prestada ao usuário.

Esta pesquisa mostrou a existência de uma cultura de humanização nos laboratórios pesquisados, que provavelmente se estende ao IPEC e à Fiocruz como um todo. Este universo aparece na fala dos profissionais quando se referem a suas preocupações em relação aos pacientes e na maneira de trabalhar, compartilhando os casos com os colegas e realizando trabalhos em equipe, principalmente de pesquisa. Na fala dos usuários destaca-se a referência ao trato e a presteza de todos os funcionários e trabalhadores do IPEC e da Fiocruz, apontando para a existência de um traço cultural de humanização neste espaço.

Chama a atenção também, a importância dada por profissionais e usuários à qualidade da assistência e aos recursos oferecidos, às tecnologias disponíveis e à expertise dos profissionais, na caracterização do bom atendimento, pois estes são essenciais para a resolubilidade das demandas em saúde, particularmente em uma instituição especializada como é o IPEC.

Os discursos trazem ainda uma preocupação com a situação social dos pacientes, o que aponta para a necessidade de uma abordagem intersetorial na Saúde Pública. Assim, o profissional de saúde se depara no cotidiano com os limites de suas ações impostos pelo contexto, especialmente pela precariedade da situação social dos usuários.

Embora apenas um discurso mencione o Comitê de Humanização e aborde suas ações de forma bastante vaga, os profissionais citaram uma série de características da humanização e de práticas humanizadas que fazem parte do seu cotidiano, mostrando que elas existem independente do conhecimento profundo da Política de Humanização. Entretanto, elas podem ser reforçadas ou desvitalizadas de acordo com a atuação da gestão.

Os usuários também avaliaram o atendimento no IPEC identificando práticas de humanização e corroborando sua existência neste espaço. Considerando o espaço micropolítico como um dos espaços de mudança no modelo de atenção (Merhy, 2007) podemos afirmar que o IPEC, ao menos em relação aos laboratórios pesquisados, pode ser considerado parte do “SUS que dá certo”, mas ainda é preciso pensar em como avançar nesta experiência e expandi-la para outros espaços, incluindo aí o novo espaço que abrigará o próprio instituto (INE). Contudo a especificidade e complexidade da saúde depende também de intervenção macropolíticas, relativas ao financiamento público, política de RH e outros, que influem no trabalho realizado na ponta. (Artmann e Rivera, 2013)

Tanto profissionais quanto usuários mostram uma expectativa de que o instituto dê conta de todas as suas demandas. Podemos questionar se esta expectativa não atrapalharia a construção de parcerias externas, ainda que os profissionais admitam sua necessidade e até

mesmo desejem desenvolver esta relação com a rede. A tendência à supervalorização do ambiente interno nas organizações de saúde é uma característica das organizações profissionais, que pode dificultar a inserção do serviço em uma rede mais abrangente. Contudo, no que diz respeito às sinergias internas, também trabalhadas pelo método, o material analisado mostra uma boa integração das equipes, tanto dentro dos setores quanto entre os laboratórios que participaram da pesquisa. A *Démarche Stratégique* é uma metodologia que busca transformar concorrentes em parceiros, ampliando as relações dos serviços com a rede, o que aponta para a adequação da escolha de sua aplicação no caso dos laboratórios pesquisados, bem como de futuras pesquisas que avaliem esta aplicação, tendo em vista que trabalhos anteriores mostraram seu potencial para o desenvolvimento de ações de humanização nas instituições. (Andrade e Artmann, 2009; Ferreira, 2011; Artmann et al., 2013, Araújo et al, 2013)

Muitos relatos diferenciam o atendimento prestado no IPEC de outros serviços da rede, tanto entre profissionais quanto entre usuários, destacando a superioridade deste serviço ou mesmo colocando-o a parte da rede pública de saúde. No entanto, o IPEC é um serviço público, faz parte desta rede e sente também sua deficiência, seja pela forma como os pacientes chegam, com doenças já em estado avançado, na dificuldade de retorná-los para dar continuidade ao tratamento no posto de saúde, ou quando precisam de um exame, cirurgia ou serviço que o instituto não oferece.

Este trabalho deixou claro, tanto pelas entrevistas quanto pelas discussões das oficinas da *Démarche Stratégique*, a necessidade do instituto de trabalhar mais as parcerias com a rede assistencial, no intuito de cumprir melhor sua função de referência na disseminação do conhecimento e suporte ao SUS, no atendimento de casos mais específicos, que não poderiam ser tratados na atenção básica, e em seu foco de pesquisa. Assim, a *Démarche Stratégique* se apresenta como uma metodologia de gestão fundamental, pois valoriza a inserção da instituição na rede, a avaliação dos concorrentes/parceiros com o fim de promover a colaboração entre os serviços.

As maiores dificuldades apontadas pelos profissionais como obstáculos ao seu processo de trabalho são a estrutura física, principalmente a falta de espaço, a ligação com a rede externa

e burocracia da gestão pública. A limitação do espaço físico e a dificuldade de articulação com a Rede SUS foram também apontadas como dificuldades em pesquisa realizada em outros laboratórios do IPEC. (Ferreira, 2011)

Não obstante, são quase unânimes em falar da satisfação em trabalhar no instituto. De qualquer forma, cabe ressaltar a necessidade de melhorias nestes três pontos destacados por eles para avançar no cumprimento da missão institucional, inclusive aumentando sua contribuição para o aprimoramento do SUS. Sobretudo no que diz respeito às relações com a rede de serviços externa, ainda que a instituição não tenha governabilidade total sobre esta, tem o importante papel de apontar suas falhas e buscar soluções, trabalhando sempre no sentido de desenvolver parcerias, constituindo-se um ator importante. (Matus, 1993; Rivera e Artmann, 2012)

O desafio da expansão das práticas humanizadas de forma que se tornem transversais, dando vida à rede, conforme propõe a PNH, convoca os profissionais a olharem para seus processos de trabalho. Neste sentido, a pesquisa, que exige uma atenção especial aos processos de trabalho, foi destacada tanto por profissionais quanto por usuários como fator que contribui para a qualidade da assistência prestada no instituto, contribuindo também para uma cultura de humanização.

Como instituto de pesquisa e parte de uma instituição federal de referência como é a Fiocruz, o IPEC tem idiosincrasias que tornam sua experiência difícil de ser replicada, porém vimos neste trabalho uma série de práticas simples, apontadas por profissionais e usuários, que podem servir de modelo para outros serviços e ajudar a construir “o SUS que dá certo”. (Brasil, 2008)

A análise do material gerado pelas entrevistas revelou-se bastante rica e possibilitou a discussão das questões pertinentes a esse trabalho. No entanto, a riqueza do produto encontrado permite uma exploração mais profunda em trabalhos futuros.

7. Referências Bibliográficas

- Andrade, M. A.; Artmann, E. e Trindade, Z.A. *Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e depois da capacitação* In *Ciência e Saúde Coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro, 2011.
- Andrade, Maria Angélica Carvalho e Artmann, Elizabeth. *Démarche estratégica em unidade materno-infantil hospitalar*. In: *Revista de Saúde Pública* 2009;43(1):105-14.
- Artmann, Elizabeth; Andrade, Maria Angélica Carvalho e Rivera, Francisco Javier Uribe. *Desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um Instituto de Pesquisa em Saúde*. In: *Ciência e Saúde Coletiva* vol.18 no.1, p.191-202, Rio de Janeiro Jan. 2013.
- Artmann, Elizabeth. *Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS*. In *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (1): 183-195, 2001.
- Artmann, Elizabeth e Rivera, Francisco Javier Uribe. *Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa*. In Deslandes, Suely Ferreira (org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011 (2006).
- Artmann, E.; Rivera, F.J.U. *Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios*. In: Roseni Pinheiro; Júlio Strubing Muller Neto; Fátima A. ticianel; Maria Angélica dos Santos Spinelli; Aluisio Gomes da silva Jr.. (Org.). *Construção Social da Demanda por Cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. 1ªed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2013, v. 1, p. 225-239.
- Artmann, Elizabeth; Rivera, Francisco Javier Uribe e Ferreira, Laura Ribeiro. *Relatório de pesquisa “Humanização nos serviços de saúde: gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”*, 2014.
- Araújo, MJD; Artmann, E; Andrade, MAC. *Démarche Estratégica: modo inovador e eficaz de análise da missão institucional*. In *Physis*, Jun 2013, vol.23, no.2, p.319-343.
- Benevides, Regina e Passos, Eduardo. *Humanização na saúde: um novo modismo?* In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol.9,n.17, p.389-406, mar-ago, 2005.

- Birman, Joel. *A Physis da Saúde Coletiva*. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento):11-16, 2005.
- Brasil. MS. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil, MS. SAS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. MS. SAS. *PNH da Atenção e da Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS, 2009.
- Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. *Um ensaio sobre a indefinição de (in)tegralidade*. In Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS Abrasco, 2003, p.35-43.
- Campos, G.W.de Souza. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- Deslandes, S. F. *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In Deslandes, Suely Ferreira (org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (p.33-48)
- Echeverria, R. *Ontologia del Lenguage*. Dólmen Ed., Santiago, 1997.
- Ferreira, Cristiane Lopes. *Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC. Dissertação de mestrado*. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.
- Fiedler, Regina C. do P. *A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação do humano*. In: *Revista da Educação*, Universidade de Guarulhos; I (1): 93-100, 2006.
- Figueiredo, L.C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009.
- Fleury, Sonia e Ouverney, Assis Mafort. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

- Freud, Sigmund, *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. [1912] A dinâmica da transferência. Vol. XII, p. 107.
- Guimarães, Maria Regina Cotrim. Hospital de Manguinhos: 90 anos de pesquisa clínica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; IPEC, 2009.
- Hartz, Zulmira M. de A. e Contandriopoulos, André-Pierre. *Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”*. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup.2: S331-S336, 2004.
- Hennington, Elida A. *Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia*. In: Revista de Saúde Pública, 2008; 42(3);555-61.
- Kuschnir, R. e Chorny, H.A. *Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate* In Ciência e Saúde Coletiva, 15(5); 2307-2316, 2010
- Lefèvre e Lefèvre. *O sujeito coletivo que fala*. In Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006
- Lefèvre e Lefèvre. *Pesquisa de Representação Social – Um enfoque quali quantitativo*. Brasília: Líber Livro Editora, 2010.
- Lima, J.C. e Rivera, F.J.U. (2009). *Agir comunicativo, Redes de Conversação e Coordenação de Serviços de Saúde: uma perspectiva teórico-metodológica*. Interface, v.13, n.31, p.329-42, out./dez.
- Lima, Juliano de Carvalho. *Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Tese de doutorado*. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.
- Malta, Deborah Carvalho e Merhy, Emerson Elias. *O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis*. In Interface: comunicação, saúde, educação. V.14, n.34, p. 593-605, jul./set.2010.
- Mattos, Rubem Araújo. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.
- Mattos, Rubem Araújo. *Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização*

das práticas de saúde. In Interface: comunicação, saúde, educação. V.13, supl. I, p.771-80, 2009.

- Matus, Carlos. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília, IPEA. 1993.
- Merhy e Queiroz (1993) *Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro* In Ciênc. saúde coletiva vol.9 n.2 Rio de Janeiro, 1993.
- Merhy, E. E. *Saúde – A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Mintzberg, Henry, Lampel, Joseph, Quinn, James Brian e GHOSHAL, Sumantra. *O Processo de Estratégia – Conceitos, contextos e casos selecionados*. Bookman, Porto Alegre, 2006. Cap. 15 e 16.
- Miranda, Lilian; Rivera, Francisco Javier Uribe e Artmann, Elizabeth. *Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como espaço de reconhecimento: contribuições de Axel Honneth*. In: Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22[4]: 1563-1583, 2012.
- Noronha, J.C.; Lima, L.D.; Machado, C.V. *O Sistema Único de Saúde – SUS*. In: Giovanella, L. et al (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p.435-472.
- Paim, J.; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Bahia, Ligia e Macinko, J. *O sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios* (2011) online em: www.thelancet.com
- Pasche, D.F.; Passos, E.; Hennington, E.A. *Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública*. In: Ciência e Saúde Coletiva 16 (11): 4541-4548, 2011.
- Passos, Marci Dória; Cavalcanti, Maria Tavares e Ribeiro, Branca Telles. *Esquizofrênico para sempre?* In *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Luiz Paulo da Moita Lopes e Liliana Cabral Bastos (orgs). Campinas, SP: Mercado de Letras, 2002.
- Peduzzi, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. In: Revista de Saúde Pública, 2001; 35(1): 103-9. www.fsp.usp.br/rsp
- Peduzzi, Marina. *Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho*. In: Pinheiro, Roseni; Barros, Maria Elizabeth Barros de; Mattos, Ruben Araujo de.(org.) Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:

ABRASCO, 2007.

- Rivera, F.J.U. E Artmann, E. *Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa*. In *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5); 2265-2274, 2010.
- Rivera, J. U. *A démarche estratégica: a metodologia de gestão do centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França*. In *Cad. De Saúde Pública*, vol. 13, n.1 Rio de Janeiro Jan/Mar. 1997.
- Rivera, F.J.U. E Artmann, E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: ed Fiocruz, 2012. (Coleção Temas de Saúde).
- Santos Filho, S.B.; Barros, M. E.B. E Gomes, R.S. *A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde* In *Comunicação Saúde Educação*, vol.13, supl. I, p.603-13, 2009
- Teixeira, R. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In Mattos, R.A. e Pinheiro, R. (org.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.
- Viana, Ana Luiza D'Ávila e Machado, Cristiane Vieira. *Proteção Social em Saúde: um balanço dos 20 anos do SUS*. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008.
- Victora, Cesar G et al. (2011) *Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer*. vol.377 online In www.thelancet.com
- Winnicott, Donald. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Práticas de humanização como mecanismo de coordenação de serviços com a rede – o caso de dois laboratórios do IPEC”, desenvolvida por **Laura Ribeiro Ferreira**, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elizabeth Artmann.

O objetivo central deste estudo é compreender como se dá a incorporação da humanização e a relação com a rede em saúde no cotidiano dos serviços de uma instituição complexa que envolve pesquisa e assistência.

O convite a sua participação se deve à sua inserção no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas como profissional de saúde/usuário.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora Laura Ribeiro Ferreira. As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para o conhecimento e a melhoria das práticas de humanização realizadas nos laboratórios de Micologia e Farmacogenética do IPEC.

Diante de qualquer constrangimento provocado por alguma pergunta o participante poderá optar por não respondê-la ou mesmo interromper a entrevista.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em palestras, relatórios, artigos científicos e na dissertação/tese.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Laura Ribeiro Ferreira (pesquisadora/discente de mestrado ENSP/FIOCRUZ)

Endereço: Rua Marquês de São Vicente, 194, apt.603. Gávea. Rio de Janeiro – RJ.

Telefone: (21) 8173-9973

Email: lauzita@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____/____/2013.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Nível de escolaridade:
- Tempo na Instituição:
- Setor que trabalha:
- Profissão:
- Vínculo empregatício:

2. Questões:

2.1 O que o senhor(a) entende por humanização?

2.2 O senhor(a) identifica práticas de humanização no laboratório de genética/micologia do IPEC?

2.3 A grande especialização na área da saúde causa fragmentação. Como lidar com essa fragmentação?

2.4 Como é a relação entre os diversos profissionais de saúde?

2.5 Existem espaços de participação no Instituto? Quais? Há reuniões de equipe?

2.6 Como são avaliadas as questões mais amplas dos pacientes, que estão além da sua especialidade ou do foco de atendimento do IPEC?

2.7 São feitos encaminhamentos para outros setores ou serviços? Como isso é feito?

2.8 O senhor(a) considera que o IPEC presta um bom atendimento ao usuário? Por quê?

2.9 Quais as dificuldades que o senhor(a) encontra no seu processo de trabalho?

2.10 O que mais considera importante dizer sobre o assunto?

ANEXO III – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE APOIO

1. Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Nível de escolaridade:
- Tempo na Instituição:
- Setor que trabalha:
- Profissão:
- Vínculo empregatício:

2. Questões:

- 2.1 O que o senhor(a) entende por humanização?
- 2.2 O senhor(a) identifica práticas de humanização no laboratório de dermatologia/micologia do IPEC?
- 2.3 Como é trabalhar com os profissionais dos laboratórios de Dermatologia e Micologia do IPEC? Você recebe muitos encaminhamentos destes profissionais? Encaminha pacientes pra eles? Discutem casos?
- 2.4 A grande especialização na área da saúde causa fragmentação. Como lidar com essa fragmentação? (O seu trabalho é muito especializado? Que tipos de questões isto coloca para as práticas? E para a relação com o paciente? Como responder a estes problemas? O trabalho interdisciplinar ajuda?)
- 2.5 Como é a relação entre os diversos profissionais de saúde?
- 2.6 Existem espaços de participação/ troca/comunicação no Instituto? Quais? Há reuniões de equipe? (sessões clínicas, equipes multiprofissionais, reuniões de pesquisa, reuniões de assistência)
- 2.7 Como são avaliadas as questões mais amplas dos pacientes, que estão além da sua especialidade ou do foco de atendimento do IPEC?
- 2.8 São feitos encaminhamentos para outros setores ou serviços? Como isso é feito?
- 2.9 O senhor(a) considera que o IPEC presta um bom atendimento ao usuário? Por quê?
- 2.10 Quais as dificuldades que o senhor(a) encontra no seu processo de trabalho?
- 2.11 O que mais considera importante dizer sobre o assunto?
- 2.12 (Só para profissionais que exerçam função de gestão) Gostaria de colocar o ponto de vista da gestão? Tem alguma consideração a fazer do ponto de vista da gestão?

ANEXO IV – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIO

1. Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Nível de escolaridade:
- Profissão:
- Local de atendimento:

2. Questões:

- 2.1 Há quanto tempo iniciou o tratamento no IPEC?
- 2.2 Como chegou para atendimento no Instituto?
- 2.3 Faz uso de outros serviços de saúde? Quais?
- 2.4 Para o senhor(a) o que é ser bem atendido?
- 2.5 Como avaliaria o atendimento no IPEC?
- 2.6 Como é a sua relação com os profissionais de saúde do Instituto?
- 2.7 Quais as atividades que o senhor(a) participa ou já participou no IPEC?
- 2.8 O senhor já foi encaminhado para outros setores ou outros serviços por profissionais do IPEC? Quais? Como foi feito o encaminhamento? O senhor foi bem recebido?
- 2.9 O senhor(a) já passou por algum tipo de problema no atendimento? Qual?
- 2.10 Já fez algum tipo de reclamação sobre o atendimento? Por quê?
- 2.11 O que mais considera importante dizer sobre o assunto?

ANEXO V

ANÁLISE ESTRATÉGICA DOS SEGMENTOS DE ATIVIDADE/SERVIÇO DO INSTITUTO EVANDRO CHAGAS-IPEC-FIOCRUZ

Adaptado por Francisco Javier Uribe Rivera e Elizabeth Artmann

I. ANÁLISE DO VALOR PROSPECTIVO DO SEGMENTO DE ATIVIDADE:

Esta análise tem como objetivo dimensionar o **interesse relativo dos vários segmentos de atividade** envolvidos no Serviço do Hospital, à luz da política geral do estabelecimento. É uma análise que contempla vários critérios, implícitos nas perguntas relacionadas a seguir. Marque com um x a alternativa que lhe parece mais apropriada (dentro das 05 opções ou categorias possíveis para responder a cada questão).

OBSERVAÇÃO: É importante que na atribuição da nota (ou categoria) referente aos critérios da análise do valor de cada especialidade/segmento, os participantes da avaliação considerem cada segmento em relação aos outros, isto é, notem a partir de uma perspectiva de conjunto, comparativa. Ou seja, marcar a alternativa sempre em termos relativos à especialidade/segmento que mereceria a qualificação mais alta (ou eventualmente a mais baixa), item por item.

1. Qual é a possibilidade de crescimento do segmento (especialidade) em função da demanda potencial (D), considerando a evolução do cenário epidemiológico e populacional e a evolução das técnicas de diagnóstico, prevenção e terapia?

Alto declínio D	Baixo Declínio D	Manutenção D	Baixo Crescimento D	Alto Crescimento D
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

Comentários: -----

2. Qual é o nível de concorrência esperado, considerando a quantidade e a capacidade de oferta das instituições possíveis?

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
17-20	13-16	8-12	4-7	0-3

Comentários sobre a concorrência esperada: -----

3. Qual é o nível do Investimento a ser realizado em: Equipamentos ou Tecnologias, Capacidade Instalada e Insumos, tendo em vista um desempenho diferenciado (ou bem sucedido)

3.1. Qual é o tamanho do investimento necessário para alcançar um patamar ideal ou para ser competitivo?

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

3.2. Responda em termos proporcionais: qual é o nível do investimento já realizado e previsto para os próximos 02 anos vis-a-vis o investimento necessário?¹¹

0%	25%	50%	75%	100%

Aponte as necessidades atuais de investimento: -----

4. Nível do Investimento em Recursos Humanos para alcançar um desempenho diferenciado do segmento:

4.1. Qual é o nível de investimento necessário ou a ser realizado na capacitação dos Recursos Humanos e na melhoria eventual do quantitativo de pessoal? É necessário um tipo de recurso humano dotado de uma competência específica ou de um nível de capacitação, de aprendizagem ou de experiência particulares? Ou é suficiente a formação inicial?

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

¹¹ A nota a ser considerada na avaliação do valor é a do investimento necessário controlável, ou seja, uma nota construída a partir do percentual do investimento necessário (investimento sob a nossa governabilidade no horizonte histórico da prospecção)

4.2. Responda em termos proporcionais: qual é o nível do investimento já realizado e previsto para os próximos 02 anos vis-a-vis o investimento necessário?

0%	25%	50%	75%	100%

Comentários sobre as necessidades atuais de RHs:

5. Qual é o potencial de Sinergia deste segmento com outros segmentos/especialidades do mesmo Hospital? ¹²

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

Que sinergias deveriam ser aprimoradas e/ou implantadas?

6. Qual é o potencial de Parceria deste segmento com outros estabelecimentos da rede? (Parceria externa ao Hospital)

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

Que parcerias deveriam ser aprimoradas e/ou implantadas?

¹² Entender por sinergia a capacidade de compartilhar tecnologias, competências médicas e infra-estrutura no interior do hospital.

7. Qual é o potencial de ensino e de pesquisa de cada segmento em termos relativos?

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

Comentários:

8. Qual a contribuição para o projeto político do Instituto/Hospital?

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
0-3	4-7	8-12	13-16	17-20

Comentários:

II. ANÁLISE DO GRAU DE CONTROLE DOS FATORES CHAVE DE SUCESSO DO SEGMENTO.

Esta análise visa **avaliar o grau de controle de cada segmento sobre seus Fatores Chave de Sucesso (FCS)**. Estes são entendidos como as capacidades tecnológicas, as capacidades profissionais, os recursos econômicos e as capacidades relacionais, que é necessário controlar em termos ideais para ter um desempenho diferenciado, ou seja, para se destacar em meio a uma provável concorrência, assumindo uma posição de vanguarda. **Aqui, podemos listar como FCS os equipamentos; as capacidades profissionais (nível de capacitação); a dotação de recursos, incluindo a capacidade instalada (recursos físicos); a disponibilidade de recursos humanos e de material de consumo (com destaque para a medicação); as sinergias e parcerias com outros serviços e hospitais (incluindo serviços de suporte, como banco de sangue, banco de ossos, laboratório, etc.), com outras modalidades de atendimento (atenção primária, triagem, etc.); o tipo de relação que se estabelece com o usuário, etc.**

Para fazer esta análise, é necessário seguir os seguintes passos:

1. Liste de 05 a 10 FCS do segmento (os mais importantes), podendo acrescentar

excepcionalmente outros.

2. Distribua 100 pontos entre os FCS listados, de modo a ponderar a importância relativa (o peso específico) de cada FCS (em termos percentuais). A soma deve dar 100.

3. Dê uma nota a cada FCS, **correspondente ao grau de controle atual de cada um**. Use para notar as categorias Muito Alto (MA), Alto (A), Médio (M), Baixo (B), Muito Baixo (MB). Considere como parâmetro para notar o grau ideal de controle, correspondente a um desempenho de alto nível de qualidade.

Fatores Chave de Sucesso	Peso	Nota
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
	100	

É importante especificar, o máximo possível, o tipo de FCS. Por exemplo, no caso de RHs ou Tecnológicos, indicar quais seriam os recursos específicos.

4. Indique os principais concorrentes / parceiros identificados no segmento, tendo em vista os FCS listados, assinalando, quando possível, o grau de controle que eles teriam sobre os mesmos (em termos de uma nota dada a partir das categorias assinaladas: MA, A, M, B, MB). **Por concorrente se entende aqui um mesmo tipo de oferta sediada em outro hospital ou serviço do mesmo hospital, que disputa a mesma clientela e/ou os mesmos recursos eventuais de financiamento, com o a qual não existe nenhum tipo de coordenação.** Em relação aos parceiros, indique os parceiros internos (ao Hospital) e externos que controlam algum FCS que poderia ser usado em comum. **Colocar além dos existentes, os parceiros necessários ou possíveis.**

Concorrentes ou parceiros	Fatores chave de sucesso (FCS)									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10