

# Construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na Emergência de um Hospital Universitário

## *Construction of a methodology for health care follow up in the Emergency Room of a University Hospital*

Amanda Almeida Mudjalieb<sup>1</sup>, Cláudia E. Abbês Baêta Neves<sup>2</sup>, Guilherme Cândido Costa<sup>3</sup>, Júlia Florêncio Carvalho Ramos<sup>4</sup>, Lidiane Pereira Raposo<sup>5</sup>, Verônica Duarte Processi<sup>6</sup>

### RESUMO

O presente artigo traz uma experiência de acompanhamento do percurso dos usuários a partir de sua entrada na Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói-RJ. É discutida a metodologia utilizada para esse acompanhamento, construída considerando-se os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, visando dar concretude especialmente à diretriz do Acolhimento. Essa metodologia de acompanhamento do cuidado foi desenvolvida, portanto, de forma a favorecer as trocas e a produção de vínculos entre profissionais, usuários e famílias nos processos de produção do cuidado que é praticado, salientando-se o caráter coletivo das práticas em saúde.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência; Políticas Públicas de Saúde; Acolhimento; Continuidade da Assistência ao Paciente.

### ABSTRACT

*This article presents an experience of monitoring the users starting from checking in at the Emergency Room of University Hospital Antônio Pedro, Niterói, RJ. We discuss the methodology used for such monitoring, taking into account the principles and guidelines of the National Policy of Humanization, especially in order to give concreteness to the guidelines of the Reception. This methodology for care monitoring was developed so as to promote exchange and links between professionals, patients and their families in the processes of health care follow up, emphasizing the collective nature of the medical practice.*

**Key words:** Health Care Humanization; Health Public Policy; User Reception; Continuity of Patient Care. (\*Patient Care Follow Up)

### INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo a discussão de uma metodologia de acompanhamento do cuidado desenvolvida no setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, construída no ano de 2007. Essa experiência foi fruto do estágio em Psicologia Social Institucional “Humanização como política pública de saúde” da Universidade Federal Fluminense, que aconteceu no período de 2005 a 2008.

O trabalho do estágio foi orientado pelos referenciais da Política Nacional de Humanização – PNH<sup>1</sup> e por conceitos da Análise Institucional<sup>2</sup> e teve como propósito a construção/fortalecimento de espaços de troca de experiências entre os dife-

<sup>1</sup>Psicóloga, Sanitarista, cursando Mestrado em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz

<sup>2</sup>Professora Doutora do Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense

<sup>3</sup>Psicólogo e Sanitarista

<sup>4</sup>Psicóloga – cursando pós-graduação *latu sensu* em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social – ENSP/Fiocruz

<sup>5</sup>Psicóloga

<sup>6</sup>Psicóloga - cursando pós-graduação *latu sensu* em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Pessoal - ENSP/Fiocruz

Participaram dessa experiência: Amanda Almeida Mudjalieb, Amanda Ribeiro Gonçalves, Ana Claudia Mello, Guilherme Cândido da Costa, Janaína Silva Macedo, Júlia Florêncio Carvalho, Leticia Maria Renault de Barros, Lidiane Pereira Raposo, Miralda de O. Santos, Mirian Amorim Lemos, Renata de Souza Rozendo, Tatiana Clarkson Mattos, Valéria Rodrigues da Conceição e Verônica Duarte Processi, sob supervisão da professora do Departamento de Psicologia Cláudia Abbês Baêta Neves.

*Instituição:*  
Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense – Departamento de Psicologia

*Endereço para correspondência:*  
Rua Félix Gomes da Costa, 162. Piratininga – Niterói/RJ.  
Cep: 24350-240

rentes trabalhadores, gestores e usuários no HUAP. A perspectiva foi de que a formação de equipe e a construção de espaços de discussão coletiva fossem estratégias fundamentais de intervenção nos modos de produzir saúde, fortalecendo e ativando processos de autonomia e protagonismo.

Assim, a atuação se pautou na análise do processo de trabalho e teve como foco de problematização as práticas institucionais, tanto as que se apresentavam como hegemônicas, alicerçadas na fragmentação e burocratização das práticas em saúde, quanto as que, mesmo invisibilizadas, resistiam à lógica de funcionamento vigente. O dispositivo das rodas de conversa promoveu encontros entre os diferentes atores no hospital e favoreceu a discussão dos problemas cotidianos e a socialização de informações, produzindo efeitos interessantes e funcionando como um modo de intervir na fragmentação do processo de trabalho, considerada um importante entrave no funcionamento da unidade.

Considerando os princípios da PNH – a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão – buscou-se, assim, criar estratégias para facilitar a comunicação intra e intergrupos, bem como discutir as práticas de saúde que se dão no cotidiano da Emergência, entendendo que elas não estão separadas do modo como se faz a gestão do serviço.

A PNH apresenta como diferencial em relação a outras estratégias de Humanização a própria concepção de humano com a qual trabalha. Considera-se o humano um ser em permanente processo de construção de sua humanidade e modos de existência. É nas relações com o outro, com aquilo que dele difere, que ele tem ativada sua potência de invenção de si e de modos de sentir e pensar o mundo.<sup>3</sup> Assim, a Política propõe uma atuação com acento nas diferentes relações em meio às quais o humano se atualiza cotidianamente, nos modos de trabalhar, no cuidado consigo e com o outro, nos modos de fazer gestão e de acolher a alteridade. Nessa proposição, o que ganha relevo é o rompimento com um modelo de humano abstrato e universal a ser perseguido como ideal balizador do que se poderia denominar de prática humana ou desumana e a não-restrição da relação à sua efetivação intersubjetiva. É nesta direção que a PNH se faz como uma política transversal, diferente de um programa, pois sua pretensão é atravessar as práticas de produção de saúde, implicando mudança ética frente aos movimentos de burocratização e desvalorização da vida.

Para concretizar seus princípios e efetivar-se como um outro “modo de fazer” política pública, o método privilegiado da PNH é o da tríplice inclusão: dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; dos analisadores sociais; e do coletivo. Inclusão daqueles que participam diretamente do processo (profissionais de diversas categorias, gestores, usuários), mas também dos movimentos que tornam a mudança possível, movimentos estes que não pertencem propriamente a indivíduos nem se restringem às práticas já estabelecidas. Compõem, antes, uma dimensão coletiva que está para além da individual, sendo condição para a construção conjunta de redes e novas práticas em saúde no SUS.

A metodologia de trabalho que será discutida neste artigo teve como diferencial a possibilidade de ampliar o diálogo no hospital e também pôr em evidência funcionamentos na gestão do cuidado, bem como operacionalizar o acolhimento nas práticas em saúde. Aposta-se, então, num outro modo de estar no hospital, acompanhando o percurso de alguns usuários e, assim, tendo a possibilidade de compartilhar os processos que compõem a gestão do cuidado e os pontos nos quais esta é pouco resolutiva.

## ESTUDO DE CASO

### Histórico

Para situar a construção da metodologia em questão, torna-se necessário abordar o trabalho que foi realizado no HUAP, bem como ressaltar alguns aspectos do funcionamento do hospital.

A partir do ano de 2005, a prática do estágio se traduziu na organização participativa e construção de rodas de conversa com equipes multiprofissionais. O trabalho iniciou-se com a discussão de dois dispositivos da PNH, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)<sup>4</sup>, cuja discussão foi disparada primeiramente na Porta de Entrada da Emergência; e o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)<sup>5</sup>, que incluía principalmente trabalhadores das enfermarias. Nessa ocasião, o HUAP contava com serviço de Emergência aberto à demanda espontânea e importante referência na rede de saúde do município de Niterói. Posteriormente, o serviço de Emergência foi fechado para o atendimento de demanda espontânea, recebendo apenas alguns casos selecionados.

Foi um processo bastante conturbado em sua condução pelo grupo dirigente e doloroso tanto para alguns de seus trabalhadores quanto para a população do município.

Ao final do ano de 2006, uma série de acontecimentos no cotidiano do hospital contribuiu para o esvaziamento das reuniões de equipe que vinham acontecendo desde 2005. Entre esses acontecimentos destaca-se o confuso processo vivido com a mudança de gestão e as consequentes modificações nos rumos do trabalho, acrescido dos problemas decorrentes da insolvência das equipes com o término dos contratos dos trabalhadores terceirizados. Essas modificações eram sentidas pelos trabalhadores como intensificação do desgaste frente à pressão do acesso na porta de entrada, sobrecarga de trabalho, agudizadas pelo deslocamento de profissionais para a nova UTI e pelo fechamento compulsório do setor denominado repouso, lugar para o qual eram levados ou mantidos os pacientes com alto risco de morte. Esse setor concentrava o maior número de óbitos da Emergência e seu fechamento fez com que os números e casos de óbitos se distribuíssem e tivessem visibilidade por todos os setores da Emergência, produzindo significativos desgastes na lida cotidiana com essas questões, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos usuários internados e seus familiares.

No início de 2007, foram marcadas reuniões para avaliar-se o trabalho desenvolvido no ano anterior, porém a presença de poucas pessoas evidenciou o esfriamento das discussões que vinham sendo realizadas e, ao mesmo tempo, possibilitou o questionamento da nossa inserção no HUAP e da burocratização que as reuniões haviam produzido. Percebeu-se a existência de distanciamento da matéria primordial do trabalho, ou seja, das práticas cotidianas do fazer em saúde no hospital. Revendo as estratégias, decidiu-se estar mais presente no cotidiano do serviço, conversando com os profissionais, reaproximando de forma a possibilitar discussões ali mesmo no setor.

A busca por *estar com* profissionais e usuários do HUAP foi o princípio fundamental que permitiu a reaproximação da Emergência, das enfermarias e de outros setores do hospital. Desenvolveu-se uma metodologia de acompanhamento do cuidado no segundo semestre de 2007, inicialmente apenas o grupo da Psicologia, e posteriormente buscou-se construir um estágio multiprofissional, com alunos de Serviço Social e Enfermagem. Considera-se esta experiência relevante, pois enfatiza modos concretos de dar

visibilidade aos entraves cotidianos dos serviços de saúde e para a construção de encaminhamentos que priorizam a resolutividade no processo de cuidado.

## **Metodologia de acompanhamento do cuidado**

Tendo como objetivo o acompanhamento da gestão do cuidado, foram realizadas visitas diárias à Emergência do HUAP, sempre em duplas. Os usuários a serem acompanhados eram escolhidos inicialmente com auxílio da coordenadora da Porta de Entrada e o coordenador de Enfermagem da Emergência. Na medida em que o trabalho foi se desenvolvendo, contou-se com a ajuda dos próprios trabalhadores do Serviço de Emergência na indicação de usuários com mais tempo de permanência nos *boxes* da emergência, cuja média variava de 10 dias a um mês, ou os que aguardavam há mais tempo as avaliações de diferentes especialidades para conclusão de diagnóstico. Durante o período de um mês, foram acompanhados 16 usuários que estavam na Emergência, até a saída do hospital – por alta, transferência ou óbito – inclusive em outros setores por onde tinham passado, como enfermarias ou CTI.

Procurou-se seguir a indicação dos casos cujos quadros clínicos acusassem mais demora em sua resolução, seja por necessidade de cuidados mais intensivos, seja pela demanda de articulação com outros setores do hospital ou com a rede de serviços. De cada caso, recolhiam-se dados como: a data de entrada na unidade; o tempo de permanência do usuário no hospital; sua queixa principal; elementos do processo de cuidado; a identificação da equipe responsável pelo cuidado, por parte do usuário/rede social; e a saída deste do hospital.

Durante todo o processo de acompanhamento procurou-se conversar com os profissionais dos setores envolvidos no cuidado, a fim de trazer à discussão os processos que perpassam o ato de cuidar e evidenciar os pontos críticos, criando estranhamento a funcionamentos naturalizados.

Na montagem da escala de visitas ao HUAP, buscou-se garantir que cada um estivesse presente pelo menos em dois dias consecutivos, assegurando a construção/manutenção do vínculo com o usuário e sua família. As informações sobre cada um dos usuários eram registradas e repassadas, já que cada ação se fazia numa relação de continuidade com as anteriores. Com isso, pretendeu-se fazer uma interferên-

cia no funcionamento típico dos rodízios de plantões dos trabalhadores na Emergência, caracterizado pela ausência de uma equipe de referência responsável horizontalmente pelo cuidado ao usuário.

Por fim, foi construído um documento para os gestores e trabalhadores da unidade, relatando o acompanhamento e apresentando todos os dados coletados. As questões abordadas no documento foram validadas pelos trabalhadores presentes, que indicaram o quanto foi importante reconhecer em um documento os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços organizados.

## DISCUSSÃO

Ao longo da construção dessa metodologia de acompanhamento do cuidado, foi possível perceber que ela funcionou como instrumento analisador dos diferentes entraves que ocorriam no cotidiano do hospital, dando visibilidade aos problemas vivenciados pelos profissionais do hospital e pelos usuários, mas que em sua maioria não eram adotados como problemas a serem enfrentados pela equipe. Segundo Barros<sup>6</sup> os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe os modos naturalizados de se lidar com o cotidiano.

Foi feito um levantamento sistemático de uma série desses problemas para que pudessem ser tratados de maneira organizada e levados à gestão oficial. Porém, cabe salientar que, mais do que coletar dados, esse modo de acompanhamento do cuidado proporcionou mais proximidade com os profissionais da unidade, seus modos de fazer no dia-a-dia e suas dificuldades e estratégias ao lidar com as mesmas.

A realização dessa metodologia foi uma ferramenta que permitiu operar algumas práticas de acolhimento na Emergência. O acolhimento é a diretriz da PNH que destaca a construção de redes de conversação como estratégia de produção de corresponsabilização, vínculo e resolutividade no cuidado.<sup>4,5</sup> Em última instância, esse modo de acompanhar os usuários propiciou que os próprios trabalhadores comesçassem a questionar o processo de trabalho e discutissem a necessidade de atuar em rede para garantia da integralidade. E também foi catalisador de novos encontros entre grupos de trabalhadores, entre trabalhadores e usuários e do grupo de estágio com o cotidiano do hospital.

Tais encontros permitiram uma série de conversas e discussões que deram origem a um documento. A apresentação desse documento contendo o relato dos casos acompanhados em uma reunião com trabalhadores e gestores da unidade ressaltou a necessidade de se priorizar o acolhimento como uma diretriz que atravessa as práticas de gestores e trabalhadores para que se possa compartilhar saberes e construir metas e prioridades para garantir resolutividade ao cuidado.

Por meio da sistematização dos dados, buscou-se incluir na agenda dos gestores os problemas/estratégias levantados pelos trabalhadores e usuários. Portanto, o documento elaborado foi um relato sistematizado dos encontros produzidos, a partir dos casos dos quais houve a aproximação, mas também foi um modo de salientar a indissociabilidade entre os dois modos de gestão presentes no hospital – a gestão oficial e a cotidiana – postos em prática pelos trabalhadores.

Alguns pontos se destacaram no acompanhamento realizado, seja porque comprometiam a resolutividade dos casos, seja porque eram identificados pelos trabalhadores como problemas. Entre eles: a organização do trabalho por meio de rodízio de plantões; a ausência de uma equipe de referência ou profissional diarista responsável horizontalmente pelo cuidado do usuário e sua rede social; a falta de registro de encaminhamentos na ocasião da alta; a dificuldade de pactuação entre a emergência e as enfermarias de especialidades do hospital; e o uso burocrático do prontuário. Tais problemas apontavam principalmente para a baixa articulação da Emergência com a rede interna e externa ao hospital.

No que concerne à rede interna, é importante destacar o investimento do Hospital Universitário prioritariamente em práticas que mantêm o foco nas especialidades, em detrimento do caráter generalista de um serviço de Urgência/ Emergência. Esses serviços recebem demanda diversificada que nem sempre é vista como instrumento de construção de saber, já que atualmente cresce a ênfase nos especialismos. Assim, o que se percebe no Hospital Universitário, em geral, é o privilégio de casos que seriam supostamente de mais interesse para a formação médica, independentemente do papel do hospital como parte da rede de saúde.

Ainda em relação à pactuação da Emergência com a rede interna, realça-se a demora das especialidades médicas em responder aos pareceres

solicitados pela Emergência e a estratégia, adotada pelos profissionais da enfermagem, de reenviar diariamente as solicitações de pareceres, na tentativa de dar visibilidade à demora nas respostas e agilizar o tratamento.

Não havia também um protocolo ou rotina para o usuário e seu acompanhante quanto às orientações sobre os cuidados que teriam que ser continuados em casa ou mesmo em outras unidades da rede de saúde, o que evidencia o entendimento de que a unidade de saúde não tem responsabilidade sobre a orientação aos cuidados que devem ser continuados após a alta – seja em casa junto à rede social ou em outros níveis de atenção, como postos de saúde, ambulatórios, etc.

Por fim, a organização do trabalho baseada em equipes de plantonistas, a ausência de uma equipe responsável horizontalmente pelo cuidado e o uso burocrático do prontuário produziam uma atenção fragmentada ao usuário ao longo dos plantões e, por vezes, sem a devida resolutividade. Na prática, percebia-se que essa fragmentação resultava em atrasos na investigação diagnóstica ou no tratamento do usuário, tendo como consequência, por exemplo, o extravio de pedidos e resultados de exames e pareceres.

Nesse sentido, a PNH fornece duas ferramentas para intervenção nesse tipo de situação: o *prontuário transdisciplinar* – o prontuário como instrumento de comunicação e auxílio na manutenção da continuidade do cuidado pelos diferentes atores do processo – e o *Projeto Terapêutico Singular* – um projeto de cuidado que inclui as ações dos profissionais que atenderam ao usuário anteriormente e define os encaminhamentos necessários para aquele caso.

Nos acompanhamentos realizados, era enfatizada a construção de vínculo com usuário e rede social. Isto não só porque se passou a preocupar em dar continuidade às ações que eram disparadas na tentativa de dissolução dos entraves que aumentavam o tempo de permanência no serviço de emergência, mas também com o intuito de construir com os trabalhadores um outro modo de estar com os usuários. Era possível perceber que quando havia responsabilização pelo cuidado, uma série de procedimentos era agilizada e os usuários se sentiam mais acolhidos em suas demandas. Daí a importância de se construir uma rede de responsabilização pelo usuário mais completa, de modo que diferentes profissionais possam buscar formas coletivas de resolução dos impasses na continuidade do tratamento.

## CONCLUSÃO

Afirma-se aqui o caráter provisório dessa metodologia, que não tinha a pretensão de institucionalizar mais uma função na Emergência, e sim submeter à análise as formas naturalizadas de lidar com as dificuldades na resolução dos casos, com os dilemas cotidianos do hospital, formas estas que acabavam comprometendo a integralidade do agir em saúde frente à crescente tendência de fragmentação da atenção. O que norteava o processo de acompanhamento era garantir a continuidade do cuidado dos usuários, envolvendo, para isso, os profissionais que ali estavam, de modo que pudesse haver a construção conjunta de outras práticas mais comprometidas com a produção de saúde.

Desse modo, a metodologia que foi sendo composta em meio ao processo de acompanhamento mostra-se como um modo de fazer que pode ser colocado em prática por todo profissional de saúde. Saliencia-se a importância da definição de uma equipe de referência nos processos da atenção e gestão do cuidado, que possa responsabilizar-se pelo usuário, ou a inserção do profissional diarista, que estabeleça uma continuidade de forma que o cuidado seja pensado como uma linha que vai sendo tecida, já que a emergência nesse hospital estava configurada como local de longa permanência.

Pode-se ver que as interferências feitas durante o acompanhamento muitas vezes geravam encaminhamentos para casos que antes se arrastavam sem ter visibilidade, o que indica a importância de se investir nesse modo de fazer que atente para a construção de vínculo e para a realização de um trabalho em equipe, em que os impasses sejam pensados conjuntamente visando à resolutividade dos casos.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Humanização foi um eixo norteador desse trabalho, na medida em que se procurou exercitar seus princípios de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e indissociabilidade entre atenção e gestão. Nesse percurso, tentou-se criar um modo de fazer que permitiu a aproximação com os diferentes sujeitos implicados no processo de cuidado – usuários, rede social, gestores e trabalhadores – e colocar em relevo os processos que provocavam entraves à continuidade do cuidado, bem como indicar caminhos para uma forma de cuidar mais responsável e produtora de saúde.

## AGRADECIMENTOS

---

Aos demais alunos que participaram dessa experiência de estágio e aos trabalhadores e usuários da Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro.

## REFERÊNCIAS

---

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
2. Lourau, R. René Lourau na UERJ – 199; análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
3. BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2nd ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
6. Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS; 2007.