

O HOSPITAL E A ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

HOSPITAL AND NURSING FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH CARE NETWORKS

EL HOSPITAL Y LA ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Lucieli Dias Pedreschi Chaves*, Priscila Balderrama**, Amanda Margatho***, Larissa Roberta Alves****, Bethania Ferreira Goulart*****, Silvia Helena Henriques Camelo*****

Resumo

Introdução: O hospital é uma organização complexa, que articula recursos de naturezas distintas, influencia e sofre influência da configuração do sistema de saúde vigente, palco também das ações/intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Refletir teoricamente acerca de aspectos atuais da inserção do hospital nas redes de atenção à saúde e, diante desse contexto atual, a repercussão para o gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. **Material e Método:** Trata-se de um estudo de atualização estruturado nas seguintes seções: breves considerações históricas sobre o hospital; pensando o hospital sob a ótica da rede de atenção à saúde; ponderações acerca do modelo de atenção e organização do trabalho no hospital; repercussões para o gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. **Resultados:** O modelo clínico de atenção especializada e biologicista articulado ao modelo funcionalista de organização do trabalho têm evidenciado fragilidades e lacunas para o sistema de saúde, pacientes, profissionais de enfermagem e para o hospital. A configuração das redes de atenção à saúde implica na resignificação do papel dos hospitais na adoção de novos modelos de atenção e em formas de organização de trabalho mais flexíveis e participativas. É desafiante para a enfermagem, embora necessário, repensar e agir efetivamente sobre a organização do trabalho para além daquilo que está posto pelo método funcional, uma vez que o mesmo não contempla a integralidade do cuidado ao ser humano. É fundamental adequar a utilização de recursos humanos e materiais para a execução qualificada do cuidado de enfermagem, ante as limitações ainda existentes. **Conclusão:** É preciso apoiar a mudança de paradigma, organizar o trabalho pela gestão compartilhada, adotar posturas mais participativas pelo desenvolvimento tecnológico e científico inovador, articular as dimensões política e técnica do fazer para que a gestão do cuidado de enfermagem se constitua em ações reflexivas e numa práxis emancipatória.

Palavras-chave: Hospitais. Enfermagem. Sistemas de Saúde. Integralidade em saúde. Equipe de enfermagem.

Abstract

Introduction: The hospital is a complex organization which articulates resources of distinct natures, influences and suffers influence from the configuration of the current health system, which is also the stage of nursing action/intervention. **Objective:** To reflect theoretically about current aspects of hospital insertion in health care networks and, given the current context, about the repercussion for the management of nursing care in the hospital setting. It is an update study structured in the following sections: brief historical considerations about the hospital; thinking about the hospital from the point of view of the health care network; considerations about care model and work organization in the hospital; repercussions for the management of nursing care in the hospital setting. **Results:** The clinical model of specialized and biologicist attention articulated to the functionalist model of work organization has evidenced weaknesses and gaps for the health system, for patients, nursing professionals and for the hospital as well. The configuration of health care networks implies a re-definition of hospitals role in the adoption of new models of care and in more flexible and participatory forms of work organization. For nursing it is challenging, although necessary, to rethink and act effectively on the organization of work, beyond what is set by the functional method once it does not include the integrality of human being care. It is critical to adequate the utilization of human and material for a qualified execution of nursing care, due to the limitation still existing, **Conclusion:** It is necessary to support the paradigm shift, to organize work through shared management, to adopt more participatory postures for innovative technological and scientific development, to articulate the political and technical dimensions of doing so that the management of nursing care could be constituted by reflexive actions and emancipatory praxis as well.

Keywords: Hospitals. Nursing. Health systems. Integrality in health. Nursing team.

Resumen

Introducción: El hospital es una organización compleja que articula recursos de las distintas naturalezas, influye y es influenciado por la configuración del sistema de salud actual, lo que representa establecimiento de la práctica de enfermería importante. **Objetivo:** Reflexionar teóricamente sobre aspectos actuales de la inserción de las redes de salud del hospital y, dado este contexto, las repercusiones para administrar cuidados de enfermería en el hospital. **Material y Método:** Estudio de actualización estructurado en las siguientes secciones: breves consideraciones históricas sobre el hospital; pensar desde la perspectiva de red de salud hospitalaria; reflexiones sobre el modelo de atención y organización del trabajo en el hospital; repercusiones para administrar cuidados de enfermería en el hospital. **Resultados:** El modelo clínico de atención biológica especializados y articulados al modelo funcionalista de organización del trabajo han demostrado debilidades y lagunas para el sistema de salud, pacientes, profesionales de enfermería y el hospital. La configuración de las redes de salud implica la resignificación de la función de hospitales en la adopción de nuevos modelos de atención y en las formas de organización del trabajo más flexible y participativa. Es un reto para la enfermería, aunque necesario, repensar y actuar eficazmente en la organización del trabajo más allá de lo que se pone por el método funcional, porque no cubre la integralidad del cuidado a los seres humanos. Es esencial adaptar el uso de los recursos humanos y materiales para la aplicación del cuidado, calificados antes de que las limitaciones que todavía existen. **Conclusión:** hay que apoyar el cambio de paradigma, organizar el trabajo de gestión compartida, adoptar más participativas posturas para el desarrollo de innovadores científicos y tecnológicos, articular la política y las dimensiones de las técnicas para que la administración de la gestión de la atención de enfermería si constituye en la acción reflexiva y una praxis emancipadora.

Palabras clave: Hospitales. Enfermería. Sistemas de salud. Integralidad en salud. Grupo de enfermería.

* Enfermeira, doutora em Enfermagem Fundamental, professor associado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil. Contato: dpchaves@eerp.usp.br (autor correspondente)

** Enfermeira, doutoranda em Ciências. Enfermeira Supervisora da Medicina Preventiva da Unimed de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto-SP, Brasil. Contato: priscilabalderrama@gmail.com

*** Enfermeira, doutora em Ciências, professora da Universidade Estadual de Londrina. Londrina-PR. Contato: amandamargatho@usp.br

**** Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Contato: larissa.roberta.alves@usp.br

***** Enfermeira, doutora em ciências, professor adjunto, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG. Contato: bethaniagoulart@yahoo.com.br

***** Enfermeira, doutora em Enfermagem Fundamental, professor doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, Brasil. Contato: shcamelo@eerp.usp.br

BREVES CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE O HOSPITAL

Os hospitais são organizações complexas, cujo papel vem se modificando e expandindo, na perspectiva de responder às transformações sociais de cada época. Para desenvolver suas atividades utilizam novas e sofisticadas tecnologias, extensa divisão de trabalho entre as diversas categorias profissionais, aliadas a um amplo sistema de coordenação de tarefas e funções.

Cabe ressaltar que a realidade nem sempre foi assim. Por muito tempo o hospital foi um local de assistência filantrópica e caritativa, material e espiritual, destinado à exclusão social daqueles que, de algum modo, à concepção da época, representavam risco à ordem social vigente. Os agentes que atuavam nos hospitais eram religiosos e/ou leigos que prestavam assistência para garantir a sua salvação espiritual e do paciente. A doença ocupava o espaço doméstico, a prática médica consistia na relação entre o doente e o médico, único agente desse trabalho, conhecedor de todo o instrumental para realizar o diagnóstico e a terapêutica. Na formação do médico não estava incluída a experiência hospitalar, uma vez que o hospital não estava organizado para ser local de ensino¹.

Em decorrência de necessidades que emergiram com a Revolução Industrial, as fábricas requeriam grande contingente de trabalhadores saudáveis para desenvolver o processo produtivo, época na qual os corpos dos indivíduos adquiriram um novo significado social e, dessa forma, tornavam-se força de trabalho necessária à produção de bens e serviços.

Assim, a partir do final do século XVIII e começo do século XIX, iniciou-se a reorganização, reforma e disciplinamento dos hospitais, que se tornaram instrumentos terapêuticos, destinados ao diagnóstico, cura e recuperação, a essa época focada na força de trabalho incapacitada pela doença, com a finalidade de repô-la no processo produtivo. A doença tinha enfoque unidimensional e o saber fundante para proceder às intervenções era de cunho individual e biologicista. Em síntese, o modelo clínico de atendimento à saúde apoiava-se na análise do funcionamento do organismo, procurando as causas dos distúrbios ou desvios para restabelecer o funcionamento normal¹.

Com a reorganização, o hospital tornou-se espaço de ensino e de experimentação de saberes e

práticas médicas, constituindo-se também em local para tratar o corpo doente em sua dimensão individual, de modo a conhecer e reconhecer a doença, com a atuação do médico, agente basilar do trabalho neste modelo de atenção, do qual decorriam as ações de um conjunto de outros agentes, entre eles os de enfermagem.

Enquanto o modelo clínico de atenção foi se consolidando, a administração dos hospitais deixava de ser eclesial e a organização do trabalho em saúde também foi se conformando, a partir das adaptações das construções das teorias, Científica e Clássica. Nesse sentido, a enfermagem, para organizar o trabalho e adotar estratégias racionalizadoras, ancorou-se também nos pressupostos de Taylor e Fayol, que conformam o método de organização do trabalho denominado de método funcional, com ênfase no domínio de tarefas, técnicas parciais e isoladas, exprimindo não somente um aspecto técnico da divisão do trabalho como eles pretendiam, mas também a divisão social existente na enfermagem².

Cabe destacar que, em que pesem as críticas pertinentes, as formas de organização do trabalho decorrem de aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos de cada época, que influenciam e são influenciados pelos processos de formação e de produção vigentes, assim como se articulam ao modelo de atenção, em um processo dinâmico, com mudanças lentas e graduais.

O sistema de saúde brasileiro, no século XX, transitou entre o sanitarismo campanhista, o modelo médico-assistencial privatista, até chegar à concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse percurso, foi possível evidenciar que a lógica pautada nos saberes técnico-científicos, na assistência especializada e fragmentada não responde adequadamente às demandas em saúde, não possibilita o acesso equitativo, não favorece a integralidade e compromete a própria sustentabilidade do sistema de saúde, criando pontos de estrangulamento.

Nesse sentido, ressalta-se que os hospitais têm vivenciado dificuldades e desafios relacionados à profissionalização da gestão, demandas ético-judiciais relativas ao acesso à saúde, gerenciamento ineficiente de custos e recursos financeiros, aspectos corporativistas, sustentabilidade financeira decorrente dos modelos de atenção e diferentes modelos e suficiência de financiamento, crescente incorporação tecnológica, uso de práticas obsoletas, modo de organizar o trabalho, enfim,

aspectos relativos à gestão e financiamento.

Somado a isso, em se tratando da complexidade das organizações hospitalares, fica evidente que o uso de competências profissionais agregadas a um modelo de gestão que utilize estratégias adaptadas à realidade podem contribuir para melhorias organizacionais na gestão de pessoas e demais recursos, favorecendo, conseqüentemente, a qualificação do serviço prestado. Assim, considerando a experiência profissional, na academia e em diferentes serviços de saúde, apresenta-se este artigo com o objetivo de refletir teoricamente acerca de aspectos atuais da inserção do hospital nas redes de atenção à saúde e, diante desse contexto atual, a repercussão para o gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. Entende-se que esse artigo de enfoque bastante contemporâneo pode contribuir para aclarar nuances que envolvem o hospital e a enfermagem, aplicadas à produção do cuidado em saúde.

O artigo está estruturado nas seguintes seções: breves considerações históricas sobre o hospital; pensando o hospital sob a ótica da rede de atenção à saúde; ponderações acerca do modelo de atenção e organização do trabalho no hospital; repercussões para o gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar.

PENSANDO O HOSPITAL SOB A ÓTICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil, o SUS é uma diretriz política para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, embasado nos princípios filosóficos da universalidade, equidade e integralidade, e ordenado a partir de princípios organizativos que se referem à estruturação, conformação e funcionamento do sistema.

Um problema crucial do SUS diz respeito à incoerência entre as necessidades de saúde existentes no país e a configuração fragmentada, hierarquizada, especializada e centrada na atenção aos casos agudos do sistema e dos serviços de saúde³.

Nesse sentido, cabe destacar que, no decorrer dos anos, o SUS foi se conformando em dois blocos, um que contempla a atenção básica e outro relativo às ações de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar. Entretanto, é preciso considerar que, historicamente,

ocorreu a construção do modelo de organização de serviços de saúde hospitalocêntrico, com a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimentos e de prática de ações de saúde. Ademais, a assistência a usuários e pessoas gravemente enfermas possibilita maior visibilidade a essas instituições, inclusive sob a perspectiva dos usuários.

A desigualdade de acesso e de qualidade na atenção primária cria inúmeras dificuldades para o desenvolvimento do sistema como um todo, trazendo implicações diretamente relacionadas à busca de serviços de urgência e de internação de referência, ocasionando o uso indiscriminado e desnecessário da atenção hospitalar⁴.

Com as mudanças vivenciadas na saúde do Brasil, marcada por transição demográfica acelerada e caracterizada por situação de tripla carga de doenças que compreende as doenças infecciosas e carenciais, parcela importante de causas externas e a forte incidência das condições crônicas, torna-se insuficiente a adoção de um sistema de saúde fragmentado, reativo, com resoluções pontuais, prioritariamente focado no enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. A partir da necessidade de superar esse modelo fragmentado das ações e serviços de atenção faz-se necessário um novo arranjo do sistema de saúde envolvendo a implantação de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com integração de serviços, articulação e interdependência entre eles, uma vez que nenhum serviço de saúde ou categoria profissional dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para atender as necessidades de saúde de indivíduos e da população, ao longo do ciclo vital, na lógica da integralidade³.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde normatizou a portaria 4.279/2010 que instituiu as RAS, caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁵; promovem diversos pontos de atenção à saúde e organizam-se de modo sistemático para garantir que os diferentes níveis de densidade tecnológica estejam articulados de forma regulada para o atendimento ao usuário⁶.

Na configuração da RAS o hospital insere-se como um equipamento de saúde estratégico, direcionado para o atendimento especializado às demandas específicas,

compondo complexa rede de ações e serviços que se comunicam e cooperam entre si para a integralidade do cuidado.

Cabe destacar que a estruturação de RAS segue uma lógica diferenciada em relação à hierarquização de serviços de saúde. Dentro da lógica da RAS, aos hospitais cabe a resolução das condições agudas ou aos momentos de agudização destas. A tecnologia desses serviços deve ser compatível e com vistas à manutenção da qualidade, fundamental à adequada gestão de meios (pessoas, recursos materiais e financeiros) e investimentos na introdução de tecnologias de gestão da clínica, por meio da implantação de diretrizes clínicas com base em evidências. Além disso, os hospitais constituem-se em ambientes de educação, formação de pessoal, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS⁶.

Com a implementação das RAS, uma nova concepção da atenção hospitalar vem sendo construída, à medida que o hospital deixa de ser reconhecido como a melhor estratégia tecnológica em saúde para se transformar em um espaço mais democrático, de atenção especializada e complementar, em uma perspectiva de integralidade da atenção⁷.

Pensando assim, na organização dos serviços de atenção hospitalar são necessários investimentos em inovações tecnológicas relativas a materiais e equipamentos de alta precisão diagnóstica, reestruturação da infraestrutura física para viabilizar melhor o acesso e o fluxo de usuários, bem como a adequação de pessoal qualificado para o atendimento aos agravos à saúde⁸.

Para responder adequadamente às demandas de saúde dos indivíduos é crucial que os hospitais avancem no sentido de organização do trabalho, pois equipá-los com alta densidade tecnológica, contratar profissionais de várias categorias e especialidades não é suficiente para ofertar assistência coerente com as complexas necessidades, principalmente tendo-se como foco o trabalho em equipe multiprofissional.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece diretrizes para as adequações dos hospitais que prestam serviços no âmbito do SUS a fim de atuarem como componentes das RAS. Às organizações hospitalares cabe a responsabilidade pelo atendimento aos usuários em condições agudas ou crônicas, com potencial de instabilidade e agravamento de seu estado de saúde,

exigindo assistência contínua em regime de internação e em ações que contemplem a promoção da saúde, prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, atuando de forma articulada com a atenção básica de saúde⁶.

Portanto, o hospital deve inserir-se de uma forma específica no sistema de saúde, tanto do ponto de vista do cuidado quanto da formação de profissionais da saúde. Como parte integrante de uma malha de cuidados visa à continuidade da assistência ao indivíduo, uma vez que o paciente crônico transita entre as diferentes esferas de atenção, evitando o desperdício de recursos, seja pelo agravamento desnecessário das condições crônicas, de solicitação de exames ou medicamentos desnecessários, ou até mesmo por deixar de receber cuidado.

A ausência de política adequada para desenvolvimento da rede hospitalar e seu financiamento provoca a multiplicação de serviços e dificulta sua sustentação econômico-financeira. A baixa qualidade da regulação dos serviços de referência regional, a falta de metas de produção, qualidade e processos de avaliação limitam a modernização gerencial e administrativa destes serviços⁴.

A PNHOSP representa um avanço ao estabelecer eixos estruturantes que trazem uma visão ampliada acerca do enfoque a ser dado para o hospital, na perspectiva da assistência hospitalar; gestão para ampliação do acesso e qualidade na atenção hospitalar; da formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização e responsabilidades de cada esfera de gestão. Esse enfoque pode representar possibilidade de repensar situações desafiadoras de inadequação dos mecanismos de alocação de recursos financeiros, grau incipiente de controle sobre a produção quantiquantitativa de serviços hospitalares, assim como a organização da atenção hospitalar a partir das necessidades da população, com acesso oportuno e regulado⁶.

Cabe ressaltar, no entanto, que essas diretrizes da PNHOSP precisam vencer desafios e limitações da trajetória histórica dos hospitais, da formação em saúde que ainda reforça uma intervenção com ênfase ao aspecto biológico, valorizando a atuação dos profissionais à dimensão física, reforçando condutas centradas no paradigma biologicista, ainda que se tenha, teoricamente, abordagem ampliada do conceito de saúde e iniciativas de formação profissional

em outra perspectiva.

PONDERAÇÕES ACERCA DO MODELO DE ATENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO HOSPITAL

O setor de saúde requer mudanças na abordagem e entendimento complexo a respeito do ser humano inserido em dado contexto histórico. Porém, tais mudanças são lentas, demandam tempo para se consolidarem e estão em curso. Cabe destacar que não se trata de desconsiderar a relevância e a pertinência da abordagem da dimensão biológica, e sim de questionar a visão reduzida a essa abordagem.

Sabe-se que a história contribuiu para que o modelo de atenção se configurasse como clínico. Somado a isto, estruturou-se o modelo de organização dos serviços, pautado na fragmentação e na justaposição de ações, preconizando ações parcelares dos profissionais de saúde, uma vez que cada um, na perspectiva da sua formação, atua de maneira fragmentada e pontual, respeitando os limites impostos por organogramas verticalizados e pouco, ou quase nada, flexíveis. Porém, esse modelo não atende aos pressupostos da integralidade da atenção, pois não considera o trabalho em equipe como ferramenta para um fazer em saúde articulado e integrado entre os distintos profissionais, distanciando-os e não cooperando para que os seus conhecimentos sejam complementares entre si, comprometendo a sustentabilidade do sistema.

Tal panorama contribui para que o trabalho ocorra de forma individualizada, pouco ou quase nada compartilhado, fazendo com que o profissional fique à margem da assistência em sua totalidade, uma vez que participa somente de etapas isoladas do atendimento em saúde. Diante disto, o profissional se distancia do resultado final do trabalho. O usuário é parte desse processo, mas não um participante ativo.

É preciso repensar a lógica que guia o modelo de atenção e a organização do trabalho em saúde, com vistas à superação do modelo clínico e, conseqüentemente, do modelo de organização que não promove a articulação e integração entre os distintos profissionais de saúde. Para enfrentar tal realidade é necessário contar com um modelo de atenção que considere como centro das ações o indivíduo como ser complexo e social; bem como adote modelo organizacional que tenha base no trabalho coletivo efetivo, como norte para a reestruturação dos serviços

de saúde, com decisões compartilhadas, vislumbrando o trabalho em equipe como algo a ser alcançado e implementado.

Neste sentido, destaca-se que a clínica ampliada ou também conhecida como clínica do sujeito representa uma proposta para modificação do modelo de atenção, na perspectiva de superação do modelo tradicional hegemônico, tecnicista e biologicista. A ênfase passa a ser o sujeito e não a doença. Pressupõe trabalho em equipe como ferramenta para a efetivação da integralidade do cuidado, do agir comunicativo, de projetos terapêuticos ampliados e constituição de vínculo⁹.

Os profissionais precisam se apropriar da clínica ampliada como diretriz para um novo fazer em saúde, focando a essência no atendimento em saúde, pois o trabalho no setor exige conhecimentos técnico/científicos e competências individuais/profissionais para se relacionar com o outro.

Na perspectiva do modelo de atenção da clínica ampliada, pressupõe-se a organização do trabalho em bases mais democráticas e participativas, com responsabilização dos envolvidos no processo de trabalho, situação que pode contribuir para a corresponsabilização dos profissionais pelo próprio trabalho, sentindo-se integrantes do contexto, e isto pode servir como ferramenta que possibilita interações profissionais mais horizontais, justas e respeitadas¹⁰.

É necessário um modelo que pressuponha flexibilização do organograma e maior participação dos profissionais. Nesse sentido, modelos contemporâneos de gestão - modelos gerenciais participativos - defendem processos decisórios flexíveis e compartilhados entre componentes da equipe, com comunicação perpassando as distintas categorias profissionais. Isso promove a corresponsabilização e comprometimento dos profissionais com as decisões e ações a serem implementadas¹¹.

Torna-se pertinente e oportuno destacar que a gestão compartilhada pressupõe trabalho em equipe, pois requer articulação entre os distintos profissionais, bem como comunicação horizontal e relações construídas em bases democráticas e participativas. Possibilita aos profissionais um refazer em saúde, gerando espaço e oportunidades para que eles se posicionem, opinem, decidam, com vistas à integração deles com os demais trabalhadores e com o trabalho como um todo.

Particularmente, o processo de organização do trabalho na Enfermagem passa pela necessidade de reorganização do seu espaço de trabalho, (re) estabelecendo seu escopo de atuação, com centralidade no usuário, na perspectiva coletiva que deve voltar-se para uma atuação dirigida ao cuidado, partilhada no grupo de profissionais, caminhando no sentido de um trabalho coletivo.

No que se refere à gestão em enfermagem a equipe necessita participar da tomada de decisão, pois grande parte do trabalho nos serviços de saúde é de sua competência. Além disso, precisa deixar de usar o empirismo no modo de gerenciar, incorporando novas formas de organização do trabalho que contemplem espaço para as relações pessoais e de trabalho favoráveis ao exercício da autonomia profissional¹².

REPERCUSSÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital representa importante área de atuação do enfermeiro que desenvolve atividades abrangentes devido ao quadro clínico dos usuários ser de alto nível de dependência, trazendo implicações para a organização do seu trabalho. É preciso refletir criticamente acerca das duas grandes bases do trabalho do enfermeiro que se referem às ações gerenciais e assistenciais, que não estão dissociadas do ensino e da pesquisa, e lançar um novo olhar sobre os processos de gerenciamento do cuidado de enfermagem, que vem se modificando e aperfeiçoando, a fim de que seja construída uma nova realidade organizacional alinhada a melhores práticas¹³.

Esse olhar sobre o cuidado aproxima-se da concepção atual da RAS. Assim, a reorganização do sistema de saúde no sentido da RAS e os seus efeitos para o modelo de atenção e de organização do trabalho no cenário hospitalar repercutem no trabalho de enfermagem. Faz emergir considerações relevantes, sem, contudo, esgotar as interrogações, para as quais as respostas e novos questionamentos estão em construção, em um processo dinâmico, atual e sem respostas definitivas, mas que desencadeiam reflexões contextualizadas e, quem sabe, a partilha de experiências exitosas.

Um aspecto relevante a considerar diz respeito ao desafio para repensar e agir positivamente para avançar a

organização do trabalho de enfermagem, para além daquilo que está posto pelo método funcional que não favorece a integralidade do cuidado. Sob a ótica da equipe de enfermagem busca-se superar a divisão entre concepção e execução do cuidado, hierarquização de saberes, cumprimento parcelar de tarefas que pode deixar a equipe à margem do cuidado integral, uma vez que participa de etapas isoladas, além de ter pouco protagonismo no processo de tomada de decisão, repercutindo em baixa corresponsabilização e motivação para o cuidado¹⁴. Sob a perspectiva da dimensão cuidadora, tal situação quando analisada, evidencia distanciamento do enfoque da integralidade do cuidado, com centralidade no usuário, entendendo-o como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, um ser complexo, com necessidades biopsicossociais e espirituais, cujos cuidados implicam uma pluralidade de ações.

Nesse sentido, entende-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pode ser potencializada para ressignificar o cuidado de enfermagem na perspectiva da qualificação e segurança assistencial do paciente, como um instrumento de articulação do trabalho da equipe de enfermagem que poderia ser usado em um sentido mais educativo e potente.

Outro desafio diz respeito ao montante financeiro necessário para prover recursos físicos para o cuidado de enfermagem, uma vez que a limitação orçamentária – não apenas para esse tipo de recurso - se faz presente, mormente na atenção hospitalar, que incorpora e consome expressivo aporte tecnológico que, em última análise, demanda investimento financeiro. A carência de recursos físicos, materiais e humanos é aspecto dificultador para a atuação do enfermeiro, que pode inclusive incorrer na suspensão de procedimentos de alta ou baixa complexidade¹⁵. Esses recursos físicos representam de 15 a 25% dos gastos institucionais hospitalares e o adequado gerenciamento destes recursos significa garantir a continuidade do tratamento ao paciente¹⁶. Nesse sentido, considerando o escasso montante financeiro destinado à saúde, o volume de recursos empregado com materiais e sua repercussão na prestação de assistência de maneira direta ao paciente internado ou em atendimento, adotar medidas racionalizadoras e de uso consciente de materiais requer o envolvimento dos profissionais que estão ligados diretamente ao consumo destes produtos, utilizando-os de

forma efetiva, sem desperdícios¹⁷.

Um terceiro desafio nesse processo de reordenação do hospital na perspectiva da RAS, com repercussão para o gerenciamento de enfermagem, diz respeito à gestão de pessoas. Ele se reveste de novas características, desde aspectos relativos ao perfil profissional, à formação de profissionais da equipe de enfermagem, a macro e microdistribuição de pessoal em áreas geográficas e/ou unidades hospitalares de alta concentração e outras com déficit de profissionais, questões salariais e reconhecimento profissional, de adoecimento e sobrecarga de trabalho, de permanência na profissão e rotatividade dos profissionais da equipe, até os processos gerenciais propriamente ditos, competências requeridas, dentre outros. Ou seja, uma amplitude de situações que requer diferentes abordagens, ações e enfoques, mas que são centrais para a concretização de mudanças, afinal, o cuidado de enfermagem destina-se a pessoas - usuários que são cuidados por pessoas - profissionais da equipe de enfermagem, e a ação humanizada, centrada no sujeito, deve valer tanto para usuários quanto para profissionais.

Neste contexto, nas últimas décadas, nas organizações, a gestão de pessoas vem mudando. Assim, para atender às necessidades do mundo globalizado, buscar a pessoa certa para o lugar certo e que tenha comportamento pouco questionador não é mais suficiente. O cenário atual está calcado em um sistema de gestão voltado para competências organizacionais e individuais, a fim de agregar valores à instituição e suas práticas, requerendo um novo perfil de profissional, que seja flexível, articulador, integrado e empreendedor, evidenciando competências específicas, pertinentes a cada área profissional e de acordo com a clientela a que se destina. Como resultado desse contexto, as organizações buscam profissionais capazes de fazer contribuições e entregas com a incorporação constante de novas tecnologias, sendo agentes transformadores do conhecimento, habilidades, atitudes e ações éticas¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja muito pertinente, desejável e

aceitável uma reordenação do papel do hospital no sistema de saúde sob a lógica de estruturação da RAS, cuja abordagem é humanizada e integral ao usuário do serviço de saúde, o eixo orientador da atenção primária à saúde ainda é forte no "SUS concreto e real" pela lógica hierarquizada de serviços de saúde, na qual o hospital ainda tem um papel central. Entretanto, essa importante mudança de paradigma requer investimento em articulações políticas, no campo da gestão e da atenção, de gestores, profissionais da saúde e usuários, além de envolver disputas e interesses.

Os hospitais integrantes da RAS desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais cujos sistemas se mantêm fragmentados na atenção à saúde. A razão é clara, as RAS caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com o hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados. Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contenham pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde.

Para a enfermagem, categoria profissional que representa expressivo contingente de pessoas no ambiente hospitalar, e cujo trabalho diz respeito a uma parcela significativa do cuidado, a repercussão e a inserção do hospital nas redes de atenção à saúde do SUS dizem respeito à reformulação de estratégias e competências assistenciais e gerenciais, pois a inserção no sistema de saúde suscita questões que impactam a inserção profissional no mundo do trabalho, a formação e a capacitação dos profissionais já atuantes.

Há muito caminho a ser percorrido, histórias a serem construídas e desafios a serem vencidos, mas é preciso reconhecer que a atuação da enfermagem também vem se modificando e aperfeiçoando, com um olhar direcionado para o melhor e mais científico cuidado humanizado e, nesse sentido, o enfermeiro precisa investir esforços para exercer a liderança, praticando a escuta, a negociação, o diálogo e a comunicação efetiva, particularmente com a equipe de enfermagem, sem desconsiderar a atuação multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014. p. 99-112.
2. Goulart BF, Coelho MF, Chaves LDP. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet] 2014 [citado em 25 mar. 2015]; 32(4):797-806. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272020626_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM_NA_ATENCAO_HOSPITALAR_REVISAO_INTEGRATIVA
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [Internet] [citado em 09 set. 2015]. Disponível em: http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=333
4. Mendes JD, Bittar OJ. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba*. 2014; 16(1):35-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de julho de 2013: institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2013 [citado em 30 dez. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
7. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(2):407-12.
8. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16:2753-62.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Goulart BF. Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em unidade de alta densidade tecnológica. [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2015.
11. Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após a revitalização do modelo compartilhado de gestão. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2):286-93.
12. Bernardes A, Cummings G, Gabriel CS, Évora YDM, Maziero VG, Coleman-Miller G. Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. *J Nurs Manag*. 2015; 23(7):888-97.
13. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(1):79-85.
14. Goulart BF, Camelo SHH, Simões ALA, Chaves LDP. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):479-86.
15. Oliveira MAN, Rosa DOS. Conflitos e dilemas éticos vivenciados pelo enfermeiro no cuidado perioperatório. *Cienc Cuid Saúde*. 2015; 14(2):1149-56.
16. Ventura PFEV. Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
17. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [citado em 30 mar. 2015]; 17(1):100-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n1/pdf/v17n1a12.pdf
18. Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Construção da matriz de competência profissional. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(4):373-9.

Recebido em: 10/04/2016

Aceito em: 15/10/2016